



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos de Saúde na Província
de Cabinda/Angola: Mecanismos de Atracção e Retenção dos Profis-
sionais de Saúde em Áreas Rurais e Remotas**

Damas Macaia

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE INTERNACIO-
NAL, ESPECIALIDADE EM POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

NOVEMBRO, 2019



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos de Saúde na Província de Cabinda/Angola: Mecanismos de Atracção e Retenção dos Profissionais de Saúde em Áreas Rurais e Remotas

Autor: Damas Macaia

Orientador: Professor Doutor Luís Miguel Velez Lapão

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, especialidade em Políticas de Saúde e Desenvolvimento

Apoio financeiro da Universidade 11 de Novembro, Região Académica III (ver em anexo 1)

Elementos bibliográficos

Artigos publicados

- Macaia D, Lapão LV: The current situation of human resources for health in the province of Cabinda in Angola: is it a limitation to provide universal access to healthcare? *Human Resources for Health*, 2017; 15:88. DOI 10.1186/s12960-017-0255-7.

Comunicações em eventos científicos (ver certificados em anexos 6)

- IV encontro nacional de reflexão sobre assistência de enfermagem em Angola realizado na cidade de Malanje/Angola, de 4 a 7 de Dezembro de 2017. Comunicação oral sob o tema: Como aumentar a atracção e retenção dos RHS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda: apresentação dos resultados de *Policy Dialogue*;
- XIX Edição das Jornadas Novembro Académico – Universidade 11 de Novembro (UON), 15 a 18 de Novembro de 2017. Comunicação oral no município de Bucu-Zau/Cabinda, sob o tema: Como aumentar a atracção e retenção dos RHS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda: apresentação dos resultados de *Policy Dialogue*;
- II Jornadas Científicas do Instituto Superior Politécnico de Cabinda (ISPCAB), 3 de Novembro de 2017, comunicação oral sob o tema: Como aumentar a atracção e retenção dos RHS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda: apresentação dos resultados de *Policy Dialogue*;
- *Workshop* realizado na Secretaria Provincial da Saúde de Cabinda, sobre planeamento e gestão dos RHS, 14 de Março de 2017. Comunicação oral sob o tema: Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos de Saúde;
- I Jornadas Científicas do Instituto Superior Politécnico de Cabinda (ISPCAB). 31 de Outubro de 2015. Comunicação oral sob o tema: Desequilíbrios geográficos na distribuição da força de trabalho da saúde na província de Cabinda.

Agradecimentos

Ao terminar este projecto de pesquisa, não poderia deixar de expressar o meu profundo reconhecimento a todos os que me apoiaram para que o mesmo se concretizasse.

Em primeiro lugar, o meu agradecimento ao Professor Doutor Luís Miguel Velez Lapão pela sua orientação com disponibilidade, atenção e ajuda na investigação e publicação de resultados. Este agradecimento é extensivo a todos os outros membros da Comissão Tutorial: Professor Doutor Gilles Dussault e Professor Doutor Mário Dal Poz.

O meu apresso vai igualmente à Universidade 11 de Novembro/Região Académica III cujo apoio prestado tornou possível a realização deste projecto, e à Secretaria Provincial da Saúde de Cabinda, incluindo à Direcção e todos os Profissionais de saúde pela colaboração e apoio, que possibilitou a colheita de dados desta pesquisa.

Estou muito grato a todos os que me auxiliaram na colheita de dados: Sr. Paulo Cabral, Sr. Eduardo Buiti Macaia, Dr^a Brígida Molina Macaia, Dr^a Isabel Bilendo, e na superação de algumas dificuldades: Doutor Alcides Neto, Dra Marta Costa e Dr. Jos van der Velden.

Uma enorme gratidão à minha família, particularmente a esposa e filhos pelo apoio em todo momento, e a todos que directa ou indirectamente colaboraram na concretização deste projecto.

Resumo

A cobertura universal dos serviços de saúde constitui um importante desafio para os políticos e gestores do sector da saúde. O alcance desta meta requer um sistema de saúde sólido, apoiado por recursos humanos (RH) motivados e equitativamente distribuídos. Muitos países, principalmente os de média e baixa renda estão confrontados com graves carências de recursos humanos de saúde (RHS), que impedem a consecução de seus objetivos em saúde. Angola é um destes países com uma crise substancial dos RHS e Cabinda, uma das suas províncias, vive este problema com escassez e desequilíbrio desses recursos. Foi proposto este trabalho com o objectivo de estudar os RHS desta província, de modo a compreender o contexto que afecta a distribuição geográfica dos mesmos, bem como os factores de atracção e retenção de profissionais de saúde (PS) em áreas rurais e remotas, buscando evidências para informar a tomada de decisão, com vista ao desenvolvimento de estratégias capazes de assegurar uma melhor oferta de RH nas localidades mais desfavorecidas do interior. A abordagem metodológica articulou quatro estudos: 1) estado de arte, utiliza o *framework* de acção em RHS, sugerido pela OMS para os países lidarem com a escassez de RH, abordando o estado de conhecimentos produzidos em cada uma das suas dimensões; 2) análise do contexto dos RHS, analisa as políticas e práticas de gestão dos RH igualmente em cada dimensão do *framework* referido, com abordagens mistas, dados recolhidos através de questionário, entrevista e análise documental, numa população composta por unidades sanitárias (US), instituições de saúde e de formação, públicas e privadas representadas por informantes-chaves; 3) análise dos factores de atracção e retenção dos PS do sector público em áreas rurais/remotas, buscando os factores *push/pull* e *job embeddedness*, com impacto nas decisões destes profissionais para permanecerem, ou não nas localidades do interior, integrando igualmente abordagens mistas, dados recolhidos através de um questionário que incluiu questões em escalas de medidas e questões abertas. Participaram deste estudo PS das principais categorias (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica); 4) tradução dos resultados da pesquisa em lições para informar a tomada de decisão, com a condução de um *Policy dialogue* (diálogo de políticas). Os principais resultados mostraram escassez e desequilíbrios dos RHS influenciados por um conjunto de factores, por um lado os factores contextuais: dificuldades de ingresso dos PS nos serviços públicos, migração, falta de retenção dos mesmos nas localidades do interior e a insatisfação e desmotivação que os levam a adopção de estratégias de enfrentamento, financiamento insuficiente das US, e preparação inadequada dos gestores de RH; por outro lado, os factores de atracção e retenção: ambiente local e condições de trabalho desfavoráveis, necessidades de progressão na carreira e de qualificação profissional, preocupações com a família e com o tempo de trabalho indefinido no interior, salário insuficiente e não diferenciado consoante a localização geográfica do emprego, e falta de estímulos não-financeiros. O *Policy dialogue* produziu recomendações que possam contribuir para as estratégias capazes de tornar as áreas rurais/remotas mais atractivas para os RHS. A complexidade dos factores identificados, requer intervenções multifacetadas, coordenando esforços com outros sectores e envolvendo todas as partes interessadas.

Palavras-chaves: Recursos Humanos da Saúde, Cobertura Universal da Saúde, Planeamento, Gestão, atracção e retenção, áreas rurais e remotas, Angola.

Abstract

Universal coverage of health services is a major challenge for health sector policy makers and managers. Achieving of this goal requires a hard health system supported by motivated and equitably distributed human resources (HR). Many countries, especially middle and low-income countries, are facing serious shortages of human resources for health (HRH), which prevent them from achieving their health goals. Angola is one of these countries with a substantial HRH crisis and Cabinda, one of its provinces, is experiencing this problem with scarcity and imbalance of these resources. This work was proposed with the objective of studying the HRH of this province, in order to understand the context that affects their geographical distribution, as well as the factors of attraction and retention of health professionals (HP) in rural and remote areas, seeking evidence to inform decision-making with a view to developing strategies to ensure a better supply of HR in the poorest locations in the interior. The methodological approach articulated four studies: 1) state of the art, it uses the HRH action framework suggested by World Health Organization (WHO) for countries to deal with HR scarcity, addressing the state of knowledge produced in each of its dimensions; 2) HRH context analysis, HR management policies and practices also analyzed in each dimension of the referred framework, with mixed approaches, data collected through questionnaire, interview and document analysis, in a population composed of health units (US), public and private health and training institutions represented by key informants; 3) analysis of the attractiveness and retention factors of public sector Health Professionals in rural/remote areas, seeking the push/pull and job embeddedness factors, with an impact on the decisions of these professionals to remain, or not in the localities, also integrating mixed approaches, data collected through a questionnaire that included questions on measurement scales and open questions. Participated in this study HP of the main categories (doctors, nurses and diagnostic and therapeutic technicians); 4) translation of research findings into lessons for informing decision making by conducting a Policy dialogue. The main results showed shortages and imbalances of HRH influenced by a set of factors, on the one hand, the contextual factors: difficulties of entry of the HP in public services, migration, lack of retention of these in the interior locations and dissatisfaction, and demotivation leading them to adopt coping strategies, insufficient US funding, and inadequate preparation of HR managers; On the other hand, the factors of attraction and retention: local environment and unfavorable working conditions, career advancement and professional qualification needs, concerns about family and indefinite working time, insufficient salary and differentiated according to the geographical location of employment, and lack of non-financial stimuli. Policy dialogue has produced recommendations that can contribute to strategies that can make rural/remote areas more attractive to HRH. The complexity of the factors identified requires multifaceted interventions, coordinating efforts with other sectors and involving all stakeholders.

Keywords: Human Resources for Health, Universal Health Coverage, Planning, Management, Attraction and Retention, Rural and Remote Areas, Angola.

Índice

Índice de figuras.....	x
Índice de tabelas.....	xi
Lista de abreviaturas, siglas ou acrónimos	xii
1. Introdução	1
1.1. Contexto e justificação.....	1
1.1.1. O Contexto dos RHS na província de Cabinda.....	5
1.2. Breve descrição da estrutura do trabalho	13
1.3. Planeamento e gestão dos recursos humanos. Aspectos históricos e conceituais	15
1.3.1. A função recursos humanos	15
1.3.2. Planeamento dos recursos humanos.....	18
1.3.3. Gestão dos recursos humanos	22
1.4. Planeamento e gestão dos Recursos Humanos em Saúde.....	24
1.4.1. O impacto da gestão dos recursos humanos no desempenho organizacional	28
1.5. Questões-chaves relativas aos recursos humanos com implicações no acesso universal aos serviços da saúde.....	31
1.5.1. Acesso universal aos serviços de saúde	31
1.5.2. Desequilíbrio dos recursos humanos de saúde.....	34
1.5.3. Motivação dos recursos humanos de saúde	36
1.5.4. Migração dos recursos humanos de saúde	39
1.5.5. Múltiplos empregos.....	41
1.5.6. Absentismo e “trabalhadores fantasmas”	42
1.5.7. Educação e treinamento dos recursos humanos de saúde	42
1.6. Que políticas implementar para prover o acesso universal à saúde?	44
1.6.1. As experiências de alguns países	48
1.6.2. Políticas baseadas em evidências científicas.....	49
1.7. Quadro conceptual do estudo.....	52

1.8. Objectivos do estudo	57
1.8.1. Objectivo geral	57
1.8.2. Objectivos específicos.....	57
2. Métodos	58
2.1. Caracterização do estudo	58
2.2. População e amostra.....	59
2.2. Recolha de dados	61
2.3. Análise de dados	62
3. Estudo 1: Estado de arte sobre a escassez e desequilíbrio dos RHS.....	63
3.1. Introdução	63
3.2. Materiais e métodos	64
3.3. Resultados	66
3.4. Discussão	70
3.5. Conclusão.....	71
4. Estudo 2: Análise do contexto dos RHS da província de Cabinda.....	72
4.1. Introdução	72
4.1.1. Hipótese do estudo	74
4.1.2. Objectivo do estudo.....	75
4.2. Materiais e métodos	76
4.3. Resultados	80
4.4. Discussão	97
4.5. Conclusão.....	107
5. Estudo 3: Análise dos factores que influenciam a atracção e retenção dos PS do sector público em áreas rurais e remotas na província de Cabinda.....	108
5.1. Introdução	108
5.2. Materiais e métodos	112
5.3. Resultados	114
5.3.1. Os participantes	114
5.3.2. Análise quantitativa.....	115
5.3.3. Análise qualitativa.....	119

5.4. Discussão	122
5.5. Conclusão.....	126
6. Estudo 4: Sugestões de estratégias para aumentar a atracção e retenção de RHS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda: Uma tradução dos resultados de estudos para informar a tomada de decisão	127
6.1. Introdução	127
6.2. Materiais e métodos	129
6.3. Resultados	130
6.3.1. Os participantes	130
6.3.2. Sugestões dos participantes para estratégias que visam aumentar a atracção e retenção dos RHS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda.....	131
6.4. Discussão	134
6.5. Conclusão.....	138
7. Considerações finais	139
7.1. Limitações do estudo	142
7.2. Recomendações.....	143
8. Referências bibliográficas.....	147
8. Anexos	188

Índice de figuras

Figura 1 – Densidade dos RHS em 186 países	4
Figura 2 – Níveis de Prestação de Serviços de Saúde em Angola.....	6
Figura 3 – Modelo de integração técnica e administrativa das unidades sanitárias ao nível municipal	7
Figura 4 – O contexto dos RHS na província de Cabinda/Angola	11
Figura 5 – Framework de acção em RHS	53
Figura 6 – Quadro conceptual do estudo	56
Figura 7 – Fluxograma do processo de selecção dos estudos incluídos na revisão bibliográfica	65
Figura 8 – Amostragem estratificada, estudo 1	78
Figura 9 – Evolução dos RHS nacionais do Sector Público em Cabinda nos últimos 5 anos (2013 – 2017).....	83

Índice de tabelas

Tabela 1 – Dimensões da acção em RHS focadas nos estudos nacionais	66
Tabela 2 – Dimensões da acção em RHS focadas nos estudos internacionais	68
Tabela 3 – Questões fundamentais exploradas nos estudos revisdos	69
Tabela 4 – Distribuição das US públicas na província de Cabinda em 2016	81
Tabela 5 – Distribuição das US privadas na província de Cabinda em 2017	81
Tabela 6 – Evolução dos RHS no Sector Público em Cabinda nos últimos 5 anos (2013 – 2017)	82
Tabela 7 – Evolução da formação dos RHS pela Universidade 11 de Novembro em Cabinda de 2013 a 2016	84
Tabela 8 – Distribuição e densidade das principais categorias de RHS nacionais no Sector público por município na Província de Cabinda e ao nível nacional em 2013.....	85
Tabela 9 – Distribuição e densidade das principais categorias de RHS do Sector público por município na Província de Cabinda em 2017	86

Lista de abreviaturas, siglas ou acrónimos

Ad. – Administrativo

CS – Centro de saúde

DCE – Discrete choice experiment

D.P. – Direcção provincial

ENT – Entrevista

Espec. – Especialidade

EFTS – Escola de formação de técnicos de saúde

Fig. – Figura

GRH – Gestão de recursos humanos

H – Hospital

h – hora

HM – Hospital municipal

IDH – Índice de desenvolvimento humana

IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISPCAB – Instituto Superior Politécnico de Cabinda

MAPTSS – Ministério da Administração Pública, Trabalho e Segurança Social

Mun. – Municipal

OGE – Orçamento Geral do Estado

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações não governamental

Part. 1...part. 2 – Participante 1...participante 2...

PIB – Produto interno bruto

PS – profissionais de saúde

QUEST. – Questionário

RH – Recursos Humanos

RHS – Recursos Humanos da Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TDT – Técnicos de diagnóstico e terapêutica
WHO – World Health Organization
UNDP – United Nations Development Programme
UNL – Universidade Nova de Lisboa
UON – Universidade Onze de Novembro
US – Unidades Sanitárias
~ aproximadamente
% Percentagem
< menor

1. Introdução

1.1 Contexto e justificação

Muitos países têm declarado o direito à saúde como universal e garantido pelo Estado. Em 2005 os estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiram o compromisso de cobertura universal de saúde, que implica dar à toda população os serviços de saúde necessários: prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, sem sacrifícios financeiros ou empobrecimento (WHO, 2013).

Angola consagra no artigo 77º da sua constituição que o estado promove e garante as medidas necessárias para assegurar a todos os cidadãos o direito da assistência à saúde (Assembleia Nacional, 2010). Com o princípio de universalidade dos cuidados estabelecido na sua Política Nacional de Saúde garante-se o direito da assistência à saúde de toda a população, independentemente da sua condição económica, raça ou cultura (Decreto Presidencial nº 262/10, de 24 de Novembro).

Entretanto, a consecução desta meta de cobertura universal da saúde constitui um desafio fundamental. Todos os países lutam para alcançar, manter ou acelerar o progresso em direcção à esta meta, independentemente do nível de desenvolvimento económico de cada um (WHO, 2013). Mas, para atingi-la é necessário um sistema de saúde sólido, apoiado por recursos humanos (RH) motivados, equitativamente distribuídos e com uma combinação adequada de habilidades (Cassiani, Bassalobre-Garcia & Reveiz, 2015). Porém, muitos países, principalmente os de média e baixa renda estão confrontados com graves carências de RH, sendo este um dos principais obstáculos para o alcance dos seus objectivos em saúde (WHO, 2006).

A falta de trabalhadores da saúde em países de baixa renda tem sido reconhecida como um desafio de desenvolvimento desde a década de 1970, começando mesmo com a declaração da Alma-Ata em 1978, que expressa a necessidade de acção urgente para promover a saúde de todos os povos do mundo (Alma-Ata, 1978), seguindo-se posteriormente em discussões mais amplas de ajustamento estrutural na década de 1980 e 1990. A discus-

são sobre os recursos humanos de saúde (RHS) chegou ao topo da agenda global da saúde através de publicação pela Iniciativa Conjunta de Aprendizagem em 2004 e do Relatório de saúde no mundo de 2006 da OMS, que descreveram a extensão da escassez de trabalhadores de saúde em vários países (Fieno *et al* 2016).

Assim, na última década o papel central dos RH para a melhoria do setor de saúde tornou-se evidente (Dal Poz *et al.* 2015). Reconhece-se que os sistemas e serviços de saúde dependem em grande medida do tamanho, capacidades e empenho destes recursos (Dal Poz *et al.*, 2015; Kabene *et al.*, 2006), os quais constituem o *input* mais importante e o pilar na produção e gestão dos serviços de saúde (Rigoli *et al*, 2009).

Por outro lado, os problemas que os RHS enfrentam têm sido identificados como um obstáculo fundamental para a cobertura de intervenções essenciais, incluindo aquelas necessárias para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (WHO, 2006).

Na Declaração Política de Recife/Brasil de 2013 sobre os RHS, onde os representantes de governos dos estados membros da OMS renovaram o compromisso para a cobertura universal da saúde, foi reconhecida a necessidade de uma força de trabalho melhorada para atingir esta meta (WHO, 2014).

Existem evidências de que a quantidade e qualidade dos RHS e os resultados em saúde estão directamente correlacionados. Por exemplo, a cobertura vacinal e outros serviços tais como a intervenção materno-infantil, tendem a aumentar quanto maior for a densidade dos RHS (WHO, 2006).

A OMS define RHS como todas as pessoas engajadas em acções cuja intenção principal é a melhoria da saúde. Incluem os prestadores de serviços – médicos, enfermeiros, parteiras, profissionais de diagnóstico e terapêutica; e os trabalhadores administrativos, de gestão e apoio em saúde, tanto do sector público como privado, leigos ou quadros profissionais, com ou sem remuneração (WHO, 2006).

A classificação dos RHS baseia-se na formação profissional principal. RH efectivamente engajados no sistema de saúde são referidos como os profissionais de saúde ou força de trabalho da saúde. Esta força de trabalho é complexa e composta por diferentes grupos específicos de profissionais, com papéis distintos e estruturas de regulação e educação próprias (pessoal clínico, gestores, auxiliares e outros), que permitem o desenvolvimento de

cada intervenção de saúde, bem como o diagnóstico dos problemas e determinação do tipo de serviços que devem ser fornecidos, quando, onde e como. Cada intervenção de saúde é baseada no conhecimento e esses trabalhadores são os administradores e utilizadores do conhecimento. A falta deste e das capacidades apropriados afecta criticamente o fornecimento de intervenções (Mercer *et al.*, 2003).

Todavia, apesar da importância reconhecida dos RHS, existem disparidades significativas dos mesmos entre os países, com uma escassez que afecta praticamente a todos embora com diferentes conotações e diferentes graus de gravidade (Zurn *et al.*, 2005; WHO, 2013).

A OMS, no seu relatório de 2006 (*Working together for health*) identificou uma escassez global de quase 4,3 milhões de médicos, parteiras, enfermeiras e trabalhadores de apoio e 57 países com escassez crítica dos RH, sendo 36 destes países localizados em África (WHO, 2006). A África Subsaariana é a região mais afectada, onde a magnitude da situação atingiu níveis críticos (WHO, 2006; Liese, Blanchet & Dussault, 2003).

Mais tarde, no 3º Fórum Global sobre RHS realizado em 2013, apesar de ter sido reconhecido alguns progressos no desenvolvimento dos RHS na última década, a OMS constatou 83 países que ainda não atingiram sequer o patamar mínimo de 22,8 profissionais de saúde (PS) qualificados por cada 10.000 habitantes, o que é considerado défice crítico de RHS, e foi ainda reconhecido que persistem vários desafios tais como (WHO, 2014):

- 100 países actualmente abaixo do limiar de 34,5 PS qualificados (parteiras, enfermeiros e médicos) por 10 000 habitantes (figura 1), e estima-se que o *deficit* global destes profissionais aumentará para cerca de 12,9 milhões em 2035;
- Envelhecimento da força de trabalho da saúde e desafios de substituição;
- Desequilíbrios do *skill-mix*;
- Ampla variação na disponibilidade e acessibilidade aos PS dentro dos países;
- Necessidade de adaptar o conteúdo e as estratégias de educação;
- Manter os trabalhadores de saúde motivados num ambiente propício;
- Insuficiente prioridade atribuída à avaliação do desempenho e à qualidade dos cuidados;

- Capacidade variável na estimativa de necessidades futuras e na concepção de políticas de longo prazo; falta de sistemas de informação e dados.

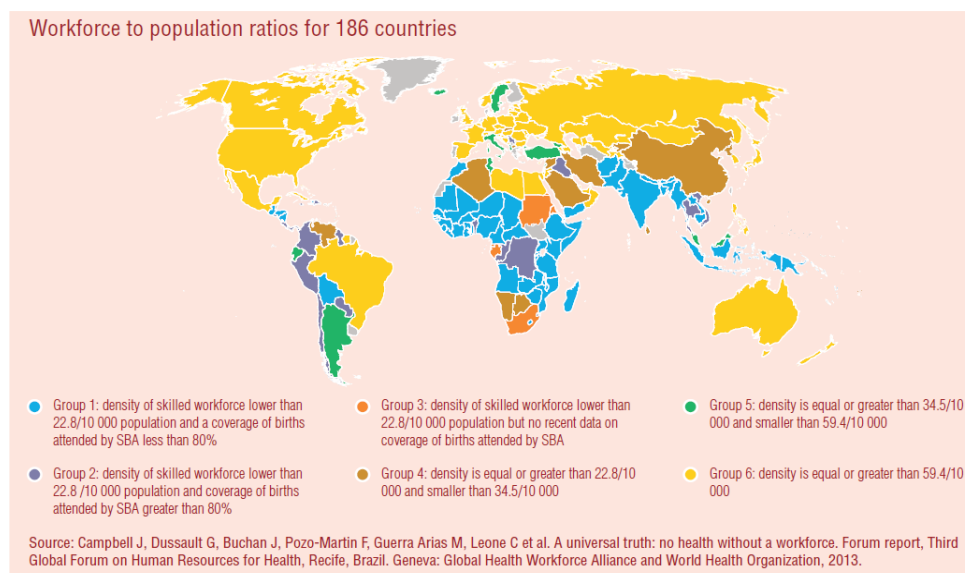


Figura 1 – Densidade dos RHS em 186 países. Fonte: WHO (2014)

Angola está entre os países identificados nesta situação crítica de RHS (WHO, 2006; WHO, 2014). Segundo o Ministério da saúde deste país, os indicadores apontam para cada 10 000 habitantes, um número de dois médicos (2/10.000), dezanove profissionais de enfermagem (19/10.000), quatro técnicos de diagnóstico e terapêutica (4/10.000), cinco trabalhadores de apoio hospitalar (5/10.000) e onze trabalhadores do regime geral (11/10.000). Verifica-se uma distribuição geográfica assimétrica dos RH, sendo este um importante desafio. De uma maneira geral, há fortes variações da densidade médica não só entre as províncias, como também entre os municípios, em detrimento das áreas rurais e remotas. Luanda e as capitais provinciais acolhem cerca de 85% dos médicos (Ministério da saúde, 2012).

Cabinda é uma das províncias de Angola atingidas por esta crise, conforme destacado nos estudos de Oliveira & Artmann (2009a); Oliveira (2005); e Simão (2010), com escassez de RHS e dificuldades para prover o acesso universal à saúde, particularmente sentida nas regiões mais desfavorecidas do interior.

1.1.1 O Contexto dos RHS na província de Cabinda

Cabinda é uma das províncias de Angola, um país situado na África Subsaariana, de baixa renda, com índice de desenvolvimento humana (IDH) 0,533, ocupando a posição 150 no ranking de 2015 (UNDP, 2016); PIB *per capita* 3500 USD (Dólares dos Estados Unidos) em 2016 (Universidade Católica de Angola, 2017).

Administrativamente Angola está dividida em 18 províncias. Segundo o censo da população de 2014, este país tem 25 789 024 habitantes, taxa de fecundidade de 5,7 filhos por mulher, esperança de vida 60,2 anos (INE, 2016).

A província de Cabinda situa-se ao noroeste do país, na costa oeste da África Central, com uma área aproximada de 7 500 km², sendo um enclave geograficamente separado do restante território angolano, pelo rio Zaire e limitado a norte pela República do Congo *Brazaville*, a leste e sul pela República Democrática do Congo e a Oeste pelo Oceano Atlântico (Neves, 2015).

A província tem uma população de 716 076 habitantes, administrativamente dividida em 4 municípios e 12 comunas, contempla 45 localidades na área urbana e 381 na área rural. Na sede da província está o município de Cabinda que inclui a área urbana (cidade e arredores), e no interior encontram-se os restantes três municípios: Cacongo, Buco-Zau e Belize (INE, 2016).

Os serviços de saúde na província conformam-se de acordo a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Angola, que se estrutura em três níveis assistenciais (Figura 2): Primeiro nível, constituído por postos e centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos; segundo nível que integra os hospitais gerais; e terceiro que compreende os hospitais centrais e os especializados (Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto; Decreto nº 54/03 de 5 de Agosto).

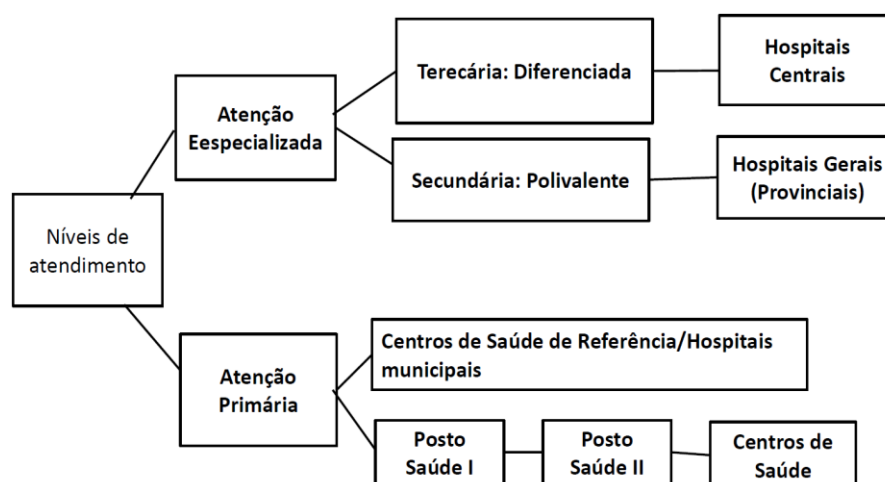


Fig. 2 – Níveis de Prestação de Serviços de Saúde em Angola. Fonte: Ministério da Saúde (2009)

De acordo com o regulamento geral das unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde em Angola (Decreto nº 54/03 de 5 de Agosto), o posto de saúde é a estrutura mais básica e mais próxima da população do sistema formal, e deve prestar um conjunto de serviços que compõem a estratégia dos Cuidados Primários de Saúde (consultas, vacinação, seguimento do crescimento da criança, consultas pré-natais, planeamento familiar, e fornecimento de medicamentos essenciais), com excepção do atendimento ao parto.

Conforme o regulamento mencionado, o centro de saúde é uma unidade do 1º nível como o posto de saúde, diferenciando-se deste por prestar serviços 24 horas ao dia, e por atender aos partos; o centro de saúde de referência e o hospital municipal são unidades que pertencem ao mesmo nível e prestam exactamente o mesmo leque de serviços, diferenciando-se apenas no número de camas de internamento. Este é o primeiro nível de referência, e caracteriza-se fundamentalmente pela capacidade de internamento, e de possibilidades de diagnóstico melhorado (laboratório e radiologia).

Existe ainda associado ao 1º nível, em algumas províncias como Cabinda, o centro materno infantil, uma unidade que não consta no regulamento, e que possui uma estrutura física e administrativa própria.

Segundo o mesmo regulamento, o hospital geral, designado também por hospital provincial, tem como mínimo quatro especialidades básicas: medicina, cirurgia, ginecologia e obstetrícia e pediatria, podendo também ter outras valências quando necessárias e se os recursos o permitirem. Esta unidade também pode ser um hospital municipal que incorpora essas valências; o hospital central de referência pode ter todas as especialidades e servir de referência nas especialidades básicas para os hospitais gerais.

As unidades de nível municipal têm uma dupla subordinação (figura 3): subordinação técnica e administrativa, e comportam uma estrutura directiva e administrativa própria (Ministério da Saúde 2009).

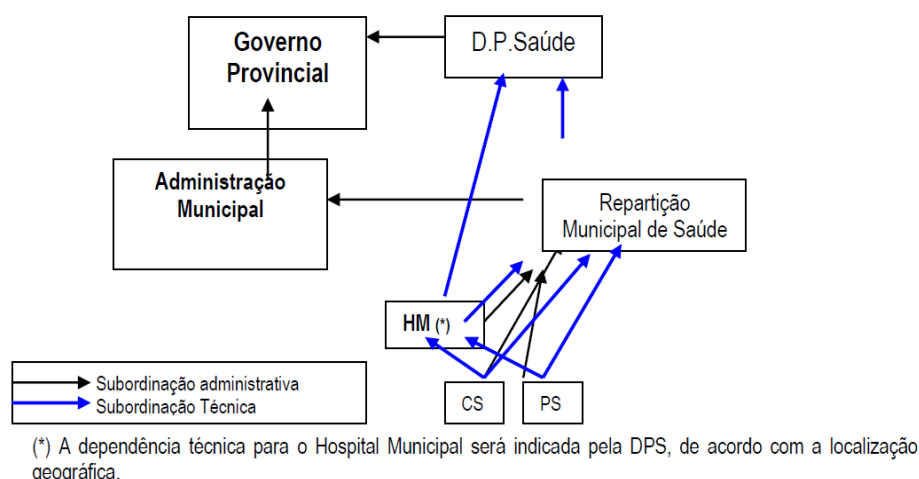


Fig. 3 – Modelo de integração técnica e administrativa das unidades sanitárias ao nível municipal. Fonte: Ministério da Saúde (2009).

De acordo com o Decreto Presidencial Lei nº 21B/92 de 28 de Agosto, o SNS é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais que desenvolvem todas ou algumas daquelas actividades. Assim, atendendo à essa organização, na província de Cabinda o sistema de saúde inclui:

- Serviços públicos governativos e administrativos do sector da saúde – Secretaria Provincial da Saúde (designa-se por Direcção Provincial da Saúde em outras províncias de Angola);

- Todas entidades prestadoras de cuidados de saúde na dependência das autoridades públicas do sector a nível provincial e municipal;
- Subsistemas de saúde das forças armadas e da polícia nacional;
- Serviços de saúde de empresas públicas e privadas;
- Serviços de saúde privados lucrativos;
- Serviços de saúde privados não lucrativos.

Os serviços públicos de saúde ao nível da província abrangem todas as instituições dependentes da Secretaria Provincial da Saúde, constituindo-se na maior rede sanitária provincial, distribuída em todas as divisões político-administrativas (os quatro municípios e suas respectivas comunas).

Como ilustrado na figura 4 (mais adiante), a Secretaria Provincial da Saúde é o órgão gestor dos serviços de saúde, tendo subordinação administrativa ao Governador da Província, a quem cabe a nomeação do Secretário Provincial da Saúde (entidade máxima do sector), e subordinação técnica ao Ministro da Saúde.

Ao nível do município, os serviços municipais da saúde constituem a estrutura básica de prestação de cuidados oferecidos em unidades sanitárias hierarquicamente articuladas (Ministério da Saúde 2009). Estes serviços são geridos pela Secretaria municipal da saúde, tendo o Secretário Municipal de Saúde (entidade máxima do sector no município) dupla subordinação administrativa: pelo Administrador municipal, tendo em conta a municipalização dos serviços de saúde, e pelo Secretário Provincial da Saúde à quem cabe a indicação para a nomeação do mesmo pelo Governador, bem como a provisão dos RH e outros, para além da subordinação técnica pelo Secretário Provincial da Saúde.

Os serviços de saúde prestados na província de Cabinda, como referido por Oliveira (2005), em geral são de baixa qualidade, com dificuldades no acesso da população aos mesmos.

Apesar da melhoria registada nos indicadores de saúde, Angola continua a enfrentar o desafio de um sistema de saúde debilitado, com elevada taxa de mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil, alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias com destaque para as grandes endemias, doenças respiratórias e doenças diarreicas, um nível de malnutrição ainda elevado em menores de 5 anos, epidemias recorrentes de cólera, raiva, sarampo e

malária, e um aumento exponencial das doenças crónicas não transmissíveis (Ministério da saúde, 2016).

A baixa qualidade dos serviços de saúde é influenciada pelos problemas que o sector da saúde no país, e obviamente na província, enfrenta, sendo grande parte desses problemas relacionada com os RH, nomeadamente escassez sob o ponto de vista quantitativo e qualitativo de PS qualificados e distribuição assimétrica dos mesmos com concentração nos centros urbanos e défices rurais (Ministério da saúde, 2012).

Em 2015 por exemplo, na província de Cabinda havia apenas 52 médicos nacionais (angolanos) nos serviços públicos (Secretaria Provincial da Saúde, 2016a). Além de serem poucos (0,7/10.000 habitantes), estes tendem a concentrar-se na zona urbana, e muitas vezes utilizados para funções de gestão. Este fenómeno de utilização de médicos para funções de gestão é comum em África (Fronteira & Dussault, 2010; Lodenstein & Dao Human, 2011).

Um dos factores que agrava a situação da distribuição dos RHS na província de Cabinda, e no país em geral, prende-se com as dificuldades na entrada dos PS nos serviços públicos devido à ausência de lançamento de concursos públicos regulares. Desde 2013 a província vem graduando médicos e desde 2015 enfermeiros todos os anos, mas estes profissionais têm dificuldades para entrar na função pública. Em 2016 foi aberto um concurso público com um número de vagas muito limitado (Despacho Conjunto nº 22/16 de 20 de Maio). Em 2017 outro concurso público foi lançado a nível nacional, mas apenas para ingresso de novos médicos (Decreto Presidencial n.º 90/16, de 27 de Abril).

Para além da escassez de PS qualificados, há a situação da desmotivação dos existentes e dificuldades na atracção e retenção dos mesmos para as localidades rurais e remotas, encontrando-se muitas unidades sanitárias (US) dessas localidades asseguradas apenas por técnicos de saúde com formação de nível médio, ou básico em alguns casos (Oliveira, 2005; Simão, 2010).

Para fazer face à esta carência de RHS, Angola tem contratado PS estrangeiros que asseguram a prestação dos cuidados de saúde à população, sobretudo os mais especializados (Ministério da saúde, 2012). No entanto, problemas culturais, particularmente as barreiras

ras linguísticas e muitas vezes os termos de contratos desses profissionais causam constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde.

Com a expansão da rede do ensino superior em todo país, agrupada em oito Regiões Académicas, cinco novas faculdades de medicina e vários institutos e escolas superiores politécnicos públicos foram criados. Neste âmbito, as províncias de Cabinda e Zaire constituem a Região Académica III e beneficiam-se de uma universidade pública – a Universidade onze de Novembro (UON), com sede na cidade de Cabinda, onde funcionam uma Faculdade de Medicina e um Instituto Superior Politécnico que administra cursos da área de saúde, nomeadamente as licenciaturas em enfermagem, análises clínicas e psicologia clínica (Decreto n.º 7/9, de 12 de Maio).

Isto está a reforçar o número de médicos e outros profissionais de saúde na província, em particular, e no país em geral. Em 2013 Cabinda teve, pela primeira vez na sua história, um grupo de 48 médicos formados localmente (Faculdade de Medicina, 2014), e em 2015 os primeiros 43 enfermeiros licenciados numa universidade pública local (Instituto Superior Politécnico de Cabinda, 2015). Este ritmo de formação mantém-se todos os anos, e é somando com as licenciaturas em enfermagem feitas por uma instituição privada – o Instituto Superior Politécnico de Cabinda (ISPCAB), e outras formações de técnicos de saúde de nível médio (ensino técnico-profissional até 12ª classe de escolaridade) realizadas nas Escolas de Formação de Técnicos de Saúde (EFTS), pública e privada.

Entretanto, a distribuição desses recursos representa um importante desafio pelos seguintes factores: Existem, como foi referido anteriormente, dificuldades na entrada dos RHS nos serviços públicos, por limitações impostas pela crise financeira que o país enfrenta actualmente; os serviços de saúde na província de Cabinda não se dispõem de estratégias, ou programas formalmente elaborados para a retenção dos RHS em áreas desfavorecidas do interior como vários países e regiões têm vindo a experimentar. Por exemplo, na tentativa de garantir o acesso aos serviços de saúde às populações das áreas rurais e remotas em Gana emprega-se uma série de incentivos para recrutar e reter PS nessas áreas, que incluem um aumento salarial de 20% a 30% para esses profissionais, um esquema de compra de viaturas individuais e bolsas de estudos para médicos que cumpram serviço nas referidas localidades (Johnson *et al.*, 2011).

Um outro factor que merece destaque neste desafio relacionam-se com a não diferenciação de salários dos PS pela localização geográfica do emprego, ou seja, profissionais da mesma categoria auferem exatamente o mesmo salário, independentemente dos seus empregos se localizarem na zona rural ou urbana, o que pressupõe que não existem políticas direccionadas para a retenção de PS em áreas rurais ou remotas. Verifica-se assim, a tendência dos PS de se concentrarem na zona urbana.

Dado o ritmo de formação de RHS que se mantém na província de Cabinda e também no resto do país, futuramente o problema a enfrentar poderá ser a emigração dos PS, levando a que o sistema de saúde continue com iniquidades no acesso aos serviços, sobrecarga das maiores unidades hospitalares, longos períodos de espera para atendimento, dependência excessiva a PS estrangeiros e índices de mortalidade altos (Ministério da saúde, 2012).

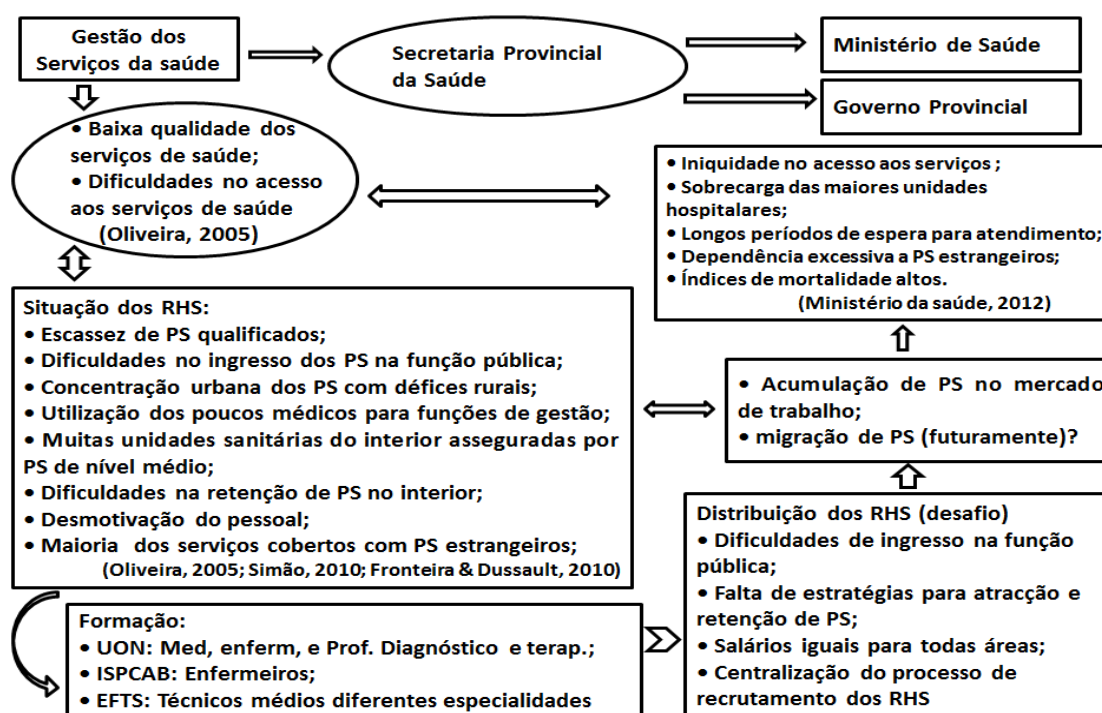


Fig. 4 – O contexto dos RHS na província de Cabinda/Angola. Fonte: Construção própria

São poucos os estudos publicados sobre RHS no contexto de Angola, principalmente os relacionados com a província de Cabinda. Dos poucos encontrados incluem-se:

- Oliveira (2005) estudou a força de trabalho médica da rede pública de saúde da Província de Cabinda, no período 2001-2004, com o objetivo de caracterizar o quadro desses profissionais, visando contribuir para o desenho de estratégias que possam melhorar o acesso e a qualidade de assistência médica;
- Oliveira & Artmann (2009b), no seu estudo sobre a regionalização do sistema de saúde em Angola, apresentam a situação da saúde deste país no período 2000-2007, discutindo a regionalização do sistema de saúde como importante instrumento para a melhoria tanto do acesso aos serviços quanto da utilização destes, abordando os RHS, particularmente médicos. Os autores mostram o tamanho dos RHS em Angola no período estudado, com um rácio de 0,64 médico nacional para cada 10 000 habitantes, e o desequilíbrio na distribuição dos mesmos, com mais de 70% concentrado na Capital (Luanda);
- Fronteira e Dussault (2010) desenvolveram um estudo onde analisam a situação dos RHS nos cinco países africanos de língua oficial portuguesa, no qual Angola faz parte, tendo constatado que a capacidade de produção de RHS nestes países é baixa e insuficiente para responder às necessidades;
- Um documento de trabalho elaborado com a coordenação de Costa & Freitas (2014), para servir de referência na elaboração da Política Nacional dos Recursos Humanos de Saúde em Angola 2013-2025, faz uma abordagem geral da força de trabalho da saúde em Angola, desde o tamanho, distribuição, formação e outros.

Estes estudos, de uma forma geral, caracterizam os RHS em termos de tamanho, distribuição e formação. Fazem falta estudos desenvolvidos, principalmente ao nível sub-nacional (províncias ou municípios) que examinem os RHS, com maior profundidade, nas diferentes questões que desafiam os gestores e tomadores de decisões, nomeadamente as políticas, regulação e planeamento; gestão e melhoria de desempenho; mercado de trabalho; educação, formação e investigação; RHS e programas prioritários de saúde; monitorização e avaliação (WHO, 2004a).

A OMS recomenda que as intervenções para a cobertura universal da saúde, devem ser baseadas em pesquisas para determinar os problemas a enfrentar, melhorar as práticas existentes e descobrir outras novas (WHO, 2010; WHO, 2013).

Para este efeito, foi proposto o presente trabalho, com a finalidade de estudar a situação dos RHS, particularmente as categorias principais (médicos, enfermeiros e profissionais de diagnóstico e terapêutica), de modo a produzir recomendações que possam contribuir nas políticas de RHS que visam promover uma maior atracção e retenção desses recursos em áreas rurais e remotas, permitindo assim melhorar a cobertura universal da saúde na província de Cabinda (Macaia & Lapão, 2017).

1.2 Breve descrição da estrutura do trabalho

Este trabalho é composto por 7 secções principais, divididas em subsecções:

A secção 1, referente à introdução contextualiza a importância dos RHS para o acesso universal da saúde, destacando a escassez e mal distribuição dos RHS como um problema global e uma barreira para a consecução dos objectivos da saúde, principalmente nos países de média e baixa renda, onde a situação é crítica. Angola é identificado como um dos países com crise dos RHS e a província de Cabinda vive esta crise. Foi assim descrita a extensão do problema nesta província, seguida do seu enquadramento teórico através da literatura internacional sobre os RHS.

A secção 2 faz a descrição dos métodos de forma geral, atendendo que cada um dos quatro estudos realizados expõe mais detalhadamente os materiais e métodos utilizados.

A secção 3 apresenta o primeiro estudo desenvolvido: O estado de arte, inventariando os conhecimentos produzidos sobre o problema da escassez dos RHS, quer no contexto nacional (angolano), quer internacional. O estudo integra uma introdução que contextualiza o problema, aborda os métodos, resultados, discussão e conclusão.

A secção 4 desenvolve o segundo estudo, que analisa a situação actual dos RHS da província de Cabinda, abordando o contexto (as políticas e as práticas de gestão dos RH), buscando compreender os factores contextuais que afectam a distribuição geográfica da força de trabalho da saúde nesta província. O estudo contextualiza o problema com uma

introdução, formula a hipótese e os objectivos, expõe os materiais e métodos, resultados, discussão e conclusão.

A secção 5 apresenta o terceiro estudo: Análise dos factores que influenciam a atracção e retenção de PS do sector público em áreas rurais e remotas na província de Cabinda, procurando identificar e analisar os determinantes de atracção e retenção dos RHS nas localidades mais desfavorecidas da província. O estudo integra, igualmente, uma introdução para o enquadramento do problema, objectivos, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusão.

A secção 6 expõe o terceiro estudo: Sugestões de políticas para aumentar a atracção e retenção de RHS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda: Uma tradução dos resultados de estudos para informar a tomada de decisão. Procura traduzir os resultados da pesquisa em políticas, através de um “*Policy Dialogue*” (diálogo de políticas) com os *stakeholders*. O estudo inicia com uma introdução para a contextualização, define os objectivos, materiais e métodos, expõe os resultados, discussão e as conclusões.

A secção 7 enquadra as considerações finais, com discussões e conclusões, limitações do estudo e sugestões para futuras investigações, e recomendações com vista a contri-buição concreta nas políticas dos RHS capazes de aumentar o acesso universal aos serviços de saúde na província de Cabinda.

1.3 Planeamento e gestão dos recursos humanos. Aspectos históricos e conceituais

1.3.1 A função recursos humanos

Para melhor compreensão das práticas actuais em gestão dos RHS é necessário um breve retorno à época em que a administração em geral começou a ser estudada e pensada de modo a proporcionar às empresas melhores resultados.

Durante a revolução industrial houve um crescimento desordenado das empresas, o que fez com que os estudos evoluíssem contribuindo para o pensamento administrativo de forma a aumentar a eficiência organizacional, destacando-se nessa época os estudos relacionados à administração científica, particularmente os desenvolvidos pelo seu principal personagem, Frederick Taylor (Franco, 2012).

É de salientar que a revolução industrial consistiu, dentre outros aspectos, essencialmente no desenvolvimento de máquinas, com a utilização de novas formas de energia com o consequente estabelecimento de fábricas nas quais uma grande quantidade de pessoas trabalhava, com um aumento considerável da capacidade de produção humana (Coltro, 2009).

O trabalho de Taylor tornou-se o primeiro a analisar as práticas de administração de pessoal e teve enorme influência. A administração científica preconizava a adoção de métodos racionais e padronizados, a máxima divisão de tarefas e o enfoque centrado na produção (Franco, 2012).

A preocupação básica era aumentar a produtividade da empresa por meio do aumento de eficiência no nível operacional. Daí a ênfase na análise e na divisão do trabalho do operário, uma vez que as tarefas do cargo e o ocupante deste constituíam a unidade fundamental da organização (Chiavenato, 2004).

Taylor estabeleceu alguns princípios básicos da prática administrativa, com o destaque a tentativa de selecção científica da força de trabalho – que tratava de seleccionar pessoas com as capacidades necessárias para executar efectivamente o serviço eficientemente organizado (Coltro, 2009). Defendia que os trabalhadores precisavam de treino apropriado

e deveriam ser seleccionados de acordo com as suas capacidades, foi o precursor da contratação baseada em habilidades (Franco, 2012).

Henri Fayol desenvolveu a chamada Teoria Clássica, preocupada em aumentar a eficiência da empresa por meio de sua organização e da aplicação de princípios gerais da administração em bases científicas. A preocupação básica era aumentar a eficiência da empresa por meio da forma e disposição dos órgãos componentes da organização (departamentos) e de suas inter-relações estruturais. Daí a ênfase na anatomia (estrutura) e na fisiologia (funcionamento) da organização. Os princípios da administração são baseados na divisão do trabalho, especialização, coordenação e actividades de linha e de *staff* (Chiavenato, 2004).

Uma das teorias que influenciou as modernas práticas e técnicas da gestão de pessoas actuais é a teoria das Relações Humanas, desenvolvida por Elton Mayo e colaboradores (Franco, 2012). Com a abordagem humanística, a teoria administrativa passa por uma revolução conceitual: a transferência da ênfase antes colocada na tarefa (pela administração científica) e na estrutura organizacional (pela teoria clássica) para a ênfase nas pessoas que trabalham ou que participam nas organizações. As preocupações com as máquinas, métodos de trabalho, organização formal e princípios de administração cederam prioridade para as preocupações com as pessoas e os grupos sociais (Chiavenato, 2004).

Nesta abordagem, o homem passa a ser visto como um todo e não apenas como mais uma peça da máquina. As investigações e os estudos nessa nova abordagem passam a reconhecer o homem como um ser que deve ser percebido na sua plenitude e, por isso, os aspectos psicológicos, sociológicos, antropológicos e todos aqueles que observam e estudam o homem como um organismo interactivo tendem a ganhar mais força. Essa abordagem contribuiu para evolução e trouxe consigo uma série de outras possibilidades de estudos, como o estudo da motivação humana, dos princípios e fundamentos do trabalho em equipa, da importância da liderança no processo produtivo; os estudos sobre a organização informal; os processos de comunicação, entre outros (Franco, 2012).

Foi a partir do surgimento das escolas de administração (administração científica, administração clássica e escola das relações humanas), que a área de recursos humanos passa a ter um significado diferente. Durante a revolução industrial, nas instalações fabris

havia poucas preocupações sociais e de segurança no local de trabalho. Os chamados *Welfare officers*, funcionários encarregados de zelar pela melhoria das condições de trabalho e de alojamento e pelo apoio aos trabalhadores doentes ou mais necessitados, deram origem daquilo que mais tarde viria a designar-se por função pessoal (Cabral-Cardoso, 2000).

Até a segunda guerra mundial a administração de pessoal ocupava-se essencialmente com o recrutamento, disciplina, contagem dos tempos de trabalho e pagamentos aos operários e empregados. Depois da segunda guerra, vulgarizou-se a designação *administração de pessoal* passando esta função a integrar outras actividades, como a administração dos salários, a formação básica e a participação ou aconselhamento da administração da empresa na negociação e contratação colectivas adoptando-se a designação de *relações industriais*, cuja acção centrava-se na resposta a problemas concretos e imediatos, sem qualquer preocupação de natureza estratégica e sem grande fundamentação teórica que enquadrasse a sua acção (Cabral-Cardoso, 2000).

Com as transformações no ambiente externo das organizações, motivadas por vários factores como mudanças económicas, tecnológicas, sociais, culturais, legais, políticas, demográficas e ecológicas que actuam de maneira conjugada e sistemática, propiciando imprevisibilidades e incertezas para as organizações, torna-se necessário responder às diferentes solicitações, através de inovações, modificações e adaptações ao nível das estruturas da organização do trabalho e da gestão dos RH. Deste modo, a gestão empresarial sofreu transformações consideráveis visando aumentar a capacidade de resposta da empresa face às profundas mudanças ambientais que se fazem sentir, tornando a competitividade no paradigma dominante da gestão. Dentro desse contexto, os RH é uma das áreas de gestão empresarial que mais sofreu mudanças. A atenção da gestão concentra-se no grupo de indivíduos que possuem as competências nucleares da empresa e que fazem a diferença em termos da competitividade (Cabral-Cardoso, 1998).

Como refere Chiavenato (1999), as empresas perceberam que as pessoas constituem o elemento do seu sistema nervoso que introduz a inteligência nos negócios e a racionalidade nas decisões. Tratar as pessoas como recursos organizacionais é um desperdício de talentos e de massa encefálica produtiva. Assim, hoje fala-se em *gestão de pessoas*, na qual elas são vistas como parceiros e colaboradores do negócio da empresa, e não mais em re-

curiosos humanos como meros funcionários remunerados em função do tempo disponibilizado à organização.

Em termos gerais, a literatura ressalta que a função RH foi marcada por três grandes períodos de evolução: o primeiro consiste num período embrionário, no qual o seu papel era fundamentalmente administrativo, passando para um segundo período em que se constituiu especificamente como área de gestão dentro das empresas, embora caracterizada por uma certa subalternidade em relação às outras áreas, e finalmente, uma terceira fase em que surge como uma função estratégica para a empresa (Brandão & Parente, 1998).

1.3.2 Planeamento dos recursos humanos

Historicamente, a ideia de planeamento apareceu há aproximadamente um século, surgindo como planeamento espacial no campo de planeamento de cidades no final do século XIX e início do século XX na Inglaterra, em resposta ao caótico crescimento das cidades europeias na época, decorrente da poluição, congestionamento e má qualidade de vida. O planeamento era assim uma função estritamente técnica do urbanista ou arquiteto. Com a criação da União Soviética no final da década de 1910, uma outra vertente de planeamento apareceu: o planeamento económico centralizado, onde o estado teria completo controlo sobre os recursos e sua distribuição de acordo com planos e metas determinados por políticos ou burocratas (Oliveira, 2006).

As primeiras elaborações teóricas mais sistematizadas sobre planeamento referem-se à organização da produção industrial nos primórdios da administração científica quando, em 1916, Henry Fayol, edita o seu livro “Administração Industrial e Geral” (Giovanella, 1991).

A partir das décadas de 1930, 1940 e 1950, a vertente espacial-urbanística do planeamento nos Estados Unidos de América e na Europa assumiu uma forma mais abrangente englobando as esferas social e económica. As transformações no conceito de planeamento continuaram a partir da década de 1970 e em diante (Oliveira, 2006).

O termo planeamento é amplamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública como na privada (Teixeira, 2010).

O planeamento constitui uma importante ferramenta de gestão, que consiste na tomada antecipada de decisões, com orientação para resultados, estabelecimento de prioridades e mudanças; impõe racionalidade e dá rumo à organização; estabelece coordenação e integração entre as diferentes unidades de trabalho (Kurcgant, Ciampone & Melleiro, 2006).

A complexidade do mundo moderno, caracterizada por instabilidade e incertezas, obriga as empresas a se posicionarem com um mínimo de antecipação para enfrentarem esse ambiente de mudanças. Isto torna vital o exercício de planeamento, e sistematicamente, as empresas adoptam procedimentos de identificação de mudanças prospectivas e de tendências de mercados, previsão de necessidades de recursos e criação de novas formas de operar, tendo em vista os objetivos empresariais ou governamentais (Mello & Filho, 2010).

A emergência de uma sociedade do conhecimento, o desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação (TIC) e os processos de globalização inequivocamente alteraram a forma como ao longo de várias décadas se exerceu a gestão empresarial (Nicolau Santos, 2004). Como referem Rego *et al* (2015), “a economia das chaminés” há muito deu lugar à economia baseada no conhecimento. Como tal, as organizações procuram respostas para fazerem face à instabilidade externa, buscando antecipar os desafios que ameaçam as oportunidades, tendo como base o planeamento das estratégias para a competitividade (Chiavenato, 1999).

Estratégia é um termo que vem do grego “*strategos*”, que significa chefe do exército, e durante séculos os militares usaram este termo no sentido de caminho que era dado à guerra, visando à vitória militar. Na administração esta palavra é utilizada como o caminho que a organização irá seguir para atingir seus objetivos. Por outro lado, como a estratégia está ligada ao caminho, ou seja, ao futuro da organização, a palavra estratégia foi naturalmente agregada à palavra planeamento, que vem a ser genericamente um estudo do que se irá fazer no futuro. Na evolução da administração, já era estabelecido como uma das suas funções a previsão do futuro, que posteriormente chamaram de planeamento (Almeida, Teixeira & Martinelli, 1993).

Com o efeito, uma das actividades de gestão é o planeamento dos RH para viabilizar a estratégia da organização, partindo das competências das pessoas para abrir a expansão de novos negócios e encontrar respostas para novas estratégias (Chiavenato, 1999).

A estratégia pode ser definida como o conjunto de decisões e acções da empresa que, de uma forma consistente, visam proporcionar aos clientes mais valor que o oferecido pela concorrência. É frequentemente conotada com a formulação de um plano que reúne, de forma integrada, os objectivos, as políticas e as acções da organização no sentido de alcançar o sucesso (Teixeira, 1998).

Na década de 1980, ganhou importância a escola da administração estratégica. Ansoff, um dos principais pensadores dessa escola, defendia a estratégia como um conjunto de regras de decisão para orientar o comportamento de uma organização. Na década de 1990, assistiu-se à valorização da gestão estratégica, mediante um enfoque mais sistémico do processo de planeamento e das funções estratégicas, visando estabelecer a integração de todos os setores da empresa, com a finalidade de melhor alocar os recursos para atingir os objetivos organizacionais (Mello & Filho, 2010).

Assim, a partir da estratégia define-se o planeamento estratégico, que consiste na determinação antecipada do que deve ser feito e como deve ser feito, compreendendo a definição de objectivos e das vias de actuação para os atingir (Teixeira, 1998). Este planeamento é realizado no nível institucional e envolve a organização no seu todo, exigindo a participação integrada dos demais níveis de gestão organizacional, sendo o nível intermédio, através dos planos táticos, e o nível operacional através dos planos operacionais (Chiavenato, 1982).

O planeamento estratégico começa com a definição da missão e da visão do futuro. A missão refere-se à filosofia básica de actuação da empresa, a qual vai determinar os parâmetros de orientação dos esforços a empreender para atingir os objectivos que se pretendem. A missão representa a razão da existência de uma organização, ou seja, a finalidade ou o motivo pelo qual foi criada e para o que ela deve servir (Teixeira, 1998).

A gestão de pessoas não pode distanciar-se da missão da organização, afinal a missão se realiza e se concretiza através das pessoas. É necessário o comprometimento das pessoas com a missão organizacional: saber cumprir essa missão através do trabalho indi-

vidual e da equipa. A visão é a imagem que a organização tem a respeito de si mesma. É o acto de ver-se a si própria projectada no espaço e no tempo. A visão estabelece aquilo que a organização pretende ser, para onde quer se dirigir com a ajuda das pessoas. O carácter visionário nas modernas organizações é importante uma vez que hoje não se controlam tanto as pessoas através de regras burocráticas e hierárquicas de comando, mas por meio do compromisso com a visão e os valores compartilhados. Quando as pessoas conhecem a visão pretendida pela organização, sabem exactamente para onde ir e como ir, sem necessidade de coerção (Chiavenato, 1999).

Uma vez definida a missão organizacional segue-se a análise do ambiente (análise externa) e a análise da própria organização (análise interna). A análise externa implica identificar as oportunidades e as ameaças que as forças do ambiente representam para a organização e a maneira como aproveitar essas oportunidades e minimizar as ameaças. Isto requer analisar os pontos fortes e fracos em relação aos concorrentes. A análise interna consiste na identificação dos aspectos mais importantes que caracterizam a organização e lhe conferem uma situação de vantagem ou desvantagem em relação aos seus concorrentes para a implementação de uma estratégia. Seguidamente definem-se os objectivos organizacionais e, por último a formulação de uma estratégia, de forma clara, precisa e perfeitamente entendida por todos os colaboradores da organização, nomeadamente aqueles que vão desempenhar papéis fundamentais na sua execução – os gestores de nível médio e o seu pessoal (Teixeira, 1998).

A estratégia deve funcionar como um programa global para a consecução dos objectivos organizacionais, devendo receber a aprovação geral e ser capaz de motivar e envolver todos os intervenientes da organização. Deste modo, a estratégia empresarial e a política de gestão de recursos humanos (GRH) devem estar consistentes e as pessoas geridas consoante a estratégia definida pela empresa. Assim, o planeamento estratégico de RH deve ser parte integrante do planeamento estratégico da organização, traduzindo os objectivos e a estratégia organizacionais em objectivos e estratégias de RH (Chiavenato, 1999).

Uma outra questão fundamental no planeamento e GRH diz respeito à inovação, que cria maior potencial para vantagens estratégicas a longo prazo. Os princípios de gestão da era industrial têm sido aplicados com sucesso para maximizar a eficiência operacional e

padronizar os processos de trabalho em organizações de grande porte, cujo enorme sucesso resultou na criação da prosperidade económica actual. Porém, estes princípios, nomeadamente: a padronização, especialização, hierarquia, alinhamento dos objectivos, planeamento, controlo e uso de recompensas, tornaram-se impotentes para criar organizações altamente adaptáveis e resistentes para lidarem com os desafios actuais, o que exige reinventar princípios, processos e práticas de gestão (Hamel & Breen, 2007).

Nas organizações de saúde, o aumento da complexidade da prestação dos cuidados pressiona à re-organização dos serviços. Isto requer adoptar uma nova cultura de trabalho e um conjunto de ferramentas e métodos de gestão inovador. Por exemplo, Lapão (2016) mostra o sistema de gestão “*Lean*”, um modelo cuja aplicação na saúde é centrada no serviço ao doente, favorecendo uma oportunidade para fomentar mudanças. O modelo marcou a cultura de gestão de empresas como a Toyota, Nike, INTEL, etc., e também de hospitais como Virginia Mason, etc, criando valor através da eliminação de desperdícios que em grande parte é comum à indústria e aos serviços.

1.3.3 Gestão dos recursos humanos

Os termos Gestão e Administração são de origem latina, *gerere* e *administrare*, respectivamente. O primeiro significa governar, conduzir, dirigir. O segundo tem um significado mais restrito – gerir um bem, defendendo os interesses daqueles que o possui – constituindo-se em uma aplicação do gerir. Em português a palavra “*gestio*”, de origem latina expressa a acção de dirigir, de administrar e de gerir a vida, os destinos, as capacidades das pessoas e as próprias coisas que lhes pertencem ou que delas fazem uso (Silva, 2007).

A gestão pode ser definida como o processo de se conseguir obter resultados (bens ou serviços) com o esforço dos outros. Isto pressupõe a existência de uma organização, ou seja, várias pessoas que desenvolvem uma actividade em conjunto para melhor atingirem objetivos comuns. Deste modo, gerir implica interpretar os objectivos da organização para transformá-los em acção organizacional através das quatro funções fundamentais de gestão (Teixeira, 1998):

- i) *Planeamento* – processo de determinar antecipadamente o que deve ser feito;

- ii) *Organização* – compreende o estabelecimento de relações entre as pessoas, e entre estas e os recursos, para atingir os objectivos propostos, assegurando que a pessoa certa, com as qualificações certas, esteja no local e tempo certos para o melhor cumprimento dos objectivos;
- iii) *Direcção* – processo de determinar, isto é, afectar, ou influenciar, o comportamento dos outros. A direcção envolve motivação, liderança e comunicação. A motivação pode ser entendida como o reforço da vontade das pessoas se esforçarem para conseguir alcançar os objectivos. Traduz-se na procura da aproximação ou convergência dos objectivos individuais de cada um dos empregados com os objectivos globais da própria organização; a liderança consiste na capacidade de conseguir que os outros façam aquilo que o líder quer que eles façam; e a comunicação é o processo de transferência de informações, ideias, conceitos ou sentimentos entre pessoas;
- iv) *Controlo* – processo de comparação do actual desempenho da organização com o *standard* previamente estabelecido, apontando as actuais acções correctivas.

Na prática, essas quatro actividades estão fortemente relacionadas, constituindo um grupo de funções interactivas, no qual várias combinações destas podem ocorrer ao mesmo tempo.

Os avanços tecnológicos observados nas últimas décadas têm levado as organizações a buscarem novas formas de gestão com o intuito de melhorar o desempenho, alcançar resultados e atingir a missão organizacional para o pleno atendimento das necessidades dos clientes. O sucesso das organizações, neste contexto, depende do investimento nas pessoas, com a identificação, aproveitamento e desenvolvimento do capital intelectual (Sovienski & Stigar, 2008).

Assim, as organizações mudaram os seus conceitos e alteraram as suas práticas: Em vez de investirem directamente nos produtos e serviços, elas estão a investir nas pessoas que os entendem e que sabem como criá-los, desenvolvê-los, produzi-los e melhorá-los; em vez de investirem directamente nos clientes, elas estão a investir nas pessoas que os atendem e os servem e que sabem como satisfazê-los e encantá-los (Chiavenato, 1999).

Desta forma, a atitude competitiva da organização passa, em grande parte, por formar uma boa equipa de colaboradores com elevado nível de competência, motivação, envolvimento e empenho no projecto da organização. As grandes diferenças entre as organizações são marcadas pela qualidade e pelo desempenho dos seus RH e um dos maiores desafios da economia actual está em construir uma rede sólida de colaboradores motivados. Numa sociedade com livre transação de mercadorias e tecnologias, só os RH fazem a diferença. Porém, verifica-se que esses recursos, os mais valiosos, são precisamente os menos bem geridos (Hamel G & Breen, 2007).

A tecnologia, o portfólio de produtos e serviços, ou o acesso a fontes de financiamento, são mais ou menos copiáveis ou substituíveis, a dinâmica e complexidade criada por uma colectividade humana a trabalhar ao longo do tempo numa determinada organização, são difíceis, se não impossíveis de recriar pelos concorrentes, ou seja, os RH e a sua gestão são os únicos raros, inimitáveis e insubstituíveis (Gomes & Cunha, 2003).

Em última análise, o que distingue as organizações não é o seu modelo de negócio, nem de funcionamento, mas sim, o seu paradigma de gestão (Hamel G & Breen, 2007).

Deste modo, a filosofia do novo modelo de GRH passa a encarar as pessoas como elementos vitais para a competitividade, buscando continuamente melhorias, privilegiando o trabalho em equipa, a confiança nas pessoas e na sua capacidade produtiva.

Para Chiavenato (1999), a moderna gestão de pessoas consiste em várias actividades, como a descrição e análise de cargos, planeamento de RH, recrutamento, selecção, orientação e motivação das pessoas, avaliação do desempenho, remuneração, formação e desenvolvimento, relações sindicais, segurança, saúde e bem-estar.

1.4 Planeamento e gestão dos Recursos Humanos em Saúde

A discussão sobre a distribuição dos RHS insere-se no âmbito de planeamento e gestão dos RH, incluindo aspectos como a mobilização do pessoal através de estratégias para sua atracção e retenção em áreas rurais e remotas (WHO, 2010).

O interesse do planeamento das acções de saúde surgiu em decorrência da complexidade crescente do processo de trabalho nessa área, em virtude da necessidade de se en-

frentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e de saúde da população em diversos países (Teixeira, 2010).

O ambiente organizacional é reconhecido como um factor importante no desenvolvimento e funcionamento dos serviços de saúde. Porém, modificações contínuas no ambiente externo das organizações de saúde que pode ser descrito como uma constante evolução tecnológica, busca crescente por assistência focada no paciente e o empoderamento dos cidadãos, nomeadamente em termos de conhecimentos de saúde, desafiam os profissionais e tomadores de decisão (Gregório, Cavaco & Lapão, 2014).

Com o desenvolvimento científico e tecnológico observado na segunda metade do século XX e as transformações decorrentes na prestação de serviços, a prática do planeamento tornou-se uma necessidade amplamente reconhecida, gerando o interesse de organismos internacionais de cooperação técnica, como a OMS, em desenvolver propostas metodológicas que pudessem subsidiar a administração pública dos serviços e sistemas de saúde (Teixeira, 2010).

Existem três principais *inputs* no sistema de saúde: os recursos humanos, físico e consumíveis (Kabene *et al.*, 2006). A ausência ou deficiência dos recursos financeiros e materiais pode constituir importante obstáculo à produção dos serviços, mas a sua existência, mesmo em níveis óptimos, não determina eficiência e qualidade aos serviços produzidos (Junqueira & Inojosa, 1992).

Com o capital físico e recursos consumíveis suficientes qualquer país poderia alcançar os mesmos resultados em saúde que os outros. No entanto, a principal diferença consiste nos RH, constituindo estes os *inputs* mais importantes do sector da saúde, mais difíceis de se desenvolver, gerir, manter ou reter (Kabene *et al.*, 2006), e representam o contributo mais importante na produção dos serviços, bem como a maior proporção das despesas do sector, cerca de 70% das despesas recorrentes na maioria dos sistemas de saúde (Ranson *et al.*, 2010; Gupta *et al.*, 2003).

Deste modo, um planeamento verdadeiro dos RH é crucial, e este está preocupado com a garantia de que a pessoa certa, com as qualificações certas, esteja no local e tempo certos para o melhor cumprimento dos objectivos (Birch *et al.*, 2009).

Trata-se de um processo de projetar a força de trabalho da saúde necessária para atender as necessidades futuras dos serviços de saúde e o desenvolvimento de estratégias para atingir esse propósito (Stordeur, 2010).

Porém, enquanto a demanda por trabalhadores de saúde aumenta, o planeamento e gestão dos RH continua a ser um desafio, um processo difícil e não bem compreendido em muitos países, que muitas vezes passam de excesso para escassez de RHS (Stordeur, 2010). Este facto pode ser reconhecido nos estudos de Fronteira e Dussault (2010) que constata-ram a gestão de RHS nos cinco países africanos de língua oficial portuguesa ser deficitária, centralizada e ditada pelas regras da administração pública, conferindo pouca flexibilidade. Em muitos países a GRH no sector da saúde é fragil, constituindo uma barreira para a implantação com sucesso de intervenções (WHO, 2010).

A capacidade de GRH na saúde é considerada fundamental para uma prestação eficaz de serviços, especialmente no contexto de escassez de PS qualificados, e foi identificada como uma das acções cruciais para a redução da crise dos RHS (Nyoni & Gedik, 2013), e um requisito básico para qualquer estratégia de retenção eficaz desses recursos em áreas mais necessitadas (WHO, 2010).

Um dos indicadores do desenvolvimento da capacidade de gestão tem sido o estado da implementação de políticas e práticas de GRH nos diversos países. Resultados de um estudo documental realizado em 2009 pela OMS sobre a implementação de políticas e práticas de GRH em 57 países identificados no relatório mundial da saúde de 2006 – *working together for health*, com défices críticos de RH, revelaram alguns indícios que denotam dificuldades nas capacidades de GRH nesses países. Foi verificado que 45 destes países dispunham de políticas e planos de RH, mas apenas 55% desses planos tinham sido implementados, sendo que os principais obstáculos à implementação dos planos relacionavam-se com as capacidades de gestão e com os financiamentos insuficientes (Broek *et al.*, 2010).

A função de GRH no sector saúde tem algumas características peculiares. A força de trabalho é grande e diversificada e compreende distintas ocupações frequentemente representadas por poderosas associações profissionais ou sindicatos. Há trabalhadores com habilidades específicas do sector (os PS como médicos, enfermeiros, etc.), e outros com habilidade gerais podendo passar de um sector para outro. O acesso à formação profissional

e ao emprego de saúde em muitos países é controlado por normas e requisitos de entrada determinados pelas profissões, e os aspectos de trabalho são regulados. Para além disso, o sector da saúde é um importante destinatário das despesas públicas e/ou privadas, e a prestação de cuidados de saúde é um processo politizado, com um elevado nível de intervenção governamental e regulatória directa e indirecta (Buchan, 2004).

O subsistema de GRH reúne uma série de funções interdependentes, tais como RH, gestão de desempenho, treinamento e definição das condições de trabalho, que actuando com sinergia determinam o desempenho de qualquer sistema de saúde. O desafio aqui é garantir que essas funções básicas sejam tratadas de forma coerente. Qualquer acção que afecte uma delas pode ter efeitos sobre outras funções. Por exemplo, uma acção destinada a equilibrar a distribuição dos RH pode ter consequências no desempenho e na motivação destes (Dussault & Dubois, 2003).

Assim, torna-se imprescindível a gestão estratégica dos RH, de modo a propiciar adequação e coerência das políticas e práticas de RH aos objetivos estratégicos da organização, mediante o envolvimento e o comprometimento dos diferentes níveis hierárquicos da organização no processo de construção das acções para a realização da missão institucional (Mello & Filho, 2010).

Como referido pelos autores acima mencionados, o que se observa, na maioria das organizações, públicas e privadas, é que persiste o modelo tradicional de gestão de RH, com uma função que não é percebida como estratégica e alinhada à missão da organização.

A gestão estratégica de RH não se restringe ao planeamento e controlo da força de trabalho. Ela integra os RH aos objetivos da organização, por meio da implantação de um conjunto de diretrizes, políticas e acções. Pode-se dizer que é uma importante etapa para propiciar a melhoria na gestão do trabalho numa instituição, possibilitando transformar estratégias em acções, sendo uma ferramenta para dar suporte à relação contínua entre pessoas e instituição, agregando valor, o que vai contribuir, decisiva e harmoniosamente no desenvolvimento da instituição e das pessoas que nela trabalham (Mello & Filho, 2010).

1.4.1 O impacto da gestão dos recursos humanos no desempenho organizacional

A importância da GRH para o sucesso ou insucesso do sistema de saúde, até há pouco tempo atrás foi, de uma forma geral, negligenciada. Nos últimos anos tem sido cada vez mais reconhecido que a eficácia da gestão e das políticas de RH deve estar no cerne de qualquer solução sustentável para o desempenho do sistema de saúde (Buchan, 2004).

Nos países de média e baixa renda, é amplamente difundido o desempenho ineficiente dos trabalhadores da saúde, apesar destes serem reconhecidos como essenciais para a oferta dos serviços (Rowe *et al.*, 2005). Milhares de crianças e adultos morrem prematuramente a cada ano, mesmo existindo práticas que poderiam impedir tais mortes (Jones *et al.*, 2003).

As práticas dos trabalhadores de saúde são complexos comportamentos que podem ser influenciados por vários factores ou ambientes, tais como (Rowe *et al.*, 2005): Os factores individuais, os relacionados com o paciente, os atributos do trabalho, o ambiente de unidades de saúde, profissional, educacional, administrativo, comercial, comunitário, sociocultural, económico, político e o mercado de trabalho.

A eficácia com que as organizações gerem, desenvolvem, motivam, envolvem e engajam as pessoas para suas contribuições no trabalho constitui a chave determinante do desempenho dessas organizações (Patterson *et al.*, 1997).

O desempenho organizacional refere-se aos resultados que uma organização atinge num período (Fernandes, Fleury & Mills, 2006). No que diz respeito ao sistema de saúde, vários aspectos devem ser implicados no seu desempenho, incluindo o estado de saúde da população, resultados de tratamentos, qualidade dos cuidados e sua adequação, capacidade de resposta das intervenções, equidade e a produtividade (Smith, Mossialos & Papanicolas, 2008).

O desempenho dos RHS envolve dois aspectos fundamentais (Bossert *et al.*, 2007):

- i) *A eficiência dos provedores* – pode ser analisada a partir da eficiência financeira (por exemplo, o número de trabalhadores de saúde por dólar gasto) e da produtividade (por exemplo, o número de serviços prestados por pes-

soa/hora). Ambos são importantes para o desempenho do sistema de saúde, em termos de optimização da utilização dos recursos escassos e contenção dos custos com os trabalhadores.

- ii) *A qualidade dos cuidados de saúde* – pode ser dividida em duas subcategorias: qualidade clínica (medido objetivamente como desempenho clínico); e a satisfação dos utentes (qualidade medida subjetivamente como percebida pelos utentes). A qualidade clínica é crucial na melhoria dos resultados em saúde, enquanto a satisfação dos utentes é um objectivo do sistema de saúde. O nível de qualidade pode ser avaliado por alguns indicadores básicos como a cobertura vacinal e algumas taxas de uso do serviço (por exemplo, utilização de cuidados de saúde primários) que pode indicar a qualidade geral do atendimento; taxas de *stock* de medicamentos pode ser usada na avaliação geral da qualidade do sistema de logística, e as taxas de infecção interna são muitas vezes uma indicação da qualidade geral dos cuidados hospitalares.

As intervenções de GRH devem influenciar as práticas dos PS para a promoção do seu desempenho, melhorando, desta forma, os resultados da organização pelo impacto dos resultados da GRH nos trabalhadores, como por exemplo a satisfação, motivação, etc. (Patterson *et al.*, 2010; Lapão & Dussault, 2011).

Vários estudos mostram associação entre GRH e desempenho organizacional: Delaney & Huselid (1996), numa amostra de 590 empresas com e sem fins lucrativos encontraram associação positiva entre práticas de GRH, como o treino e selecção de RH, e os indicadores de desempenho da empresa; Guest *et al.* (2003), explorando a relação entre GRH e desempenho organizacional com uma amostra de 366 empresas do Reino Unido usando indicadores de desempenho objetivos e subjetivos, mostraram uma forte associação entre GRH e produtividade e desempenho financeiro.

Numa revisão multissetorial de pesquisas sobre a relação entre a GRH e o desempenho organizacional foi observado que mais de 30 estudos realizados no Reino Unido não deixam dúvidas de que existe uma correlação positiva entre a gestão de RH e o desempenho das empresas: quanto mais eficazes as práticas, melhor são os resultados (Buchan, 2004).

De uma forma geral, os estudos são consistentes com a conclusão de que existe uma relação positiva entre a qualidade do sistema de GRH e os resultados organizacionais. É reconhecido que as empresas, confrontadas com um contexto competitivo, resultante da globalização, desregulamentação, aumento da concorrência, alterações do tipo de necessidades e do nível de exigências dos clientes e dos investidores, necessitam, para sua sobrevivência, de controlar custos e serem inovadoras a nível de processos e de resultados. Face a este contexto, tem sido destacada a importância de RH competentes, motivados e capacitados para criarem soluções rápidas e adequadas, de modo a enfrentar o mercado, caracterizado pela complexidade e dinamismo (Esteves, 2008).

Existem várias explicações sobre a ligação entre a GHR e o desempenho organizacional. Contudo, ainda não há consenso. Becker e Gerhart (1996) no seu estudo referem que a GRH provavelmente terá uma influência importante e única no desempenho organizacional. Segundo esses autores questões-chaves foram identificadas no seu estudo, sendo necessário realizar um trabalho de síntese dos pressupostos e resultados dos diversos estudos empíricos e construir modelos que incluam variáveis mediadoras, pois, sem eles, é difícil encontrar e testar relações causais que expliquem a associação observada entre práticas de GRH e diversas medidas do desempenho das empresas. Os estudos de Guest *et al.* (2003) confirmam a associação entre GRH e desempenho organizacional, mas não mostram que a GRH causa maior desempenho.

Apesar das diferenças entre as abordagens, há aspectos comuns. Em geral, a maioria das explicações baseiam-se no pressuposto de que as práticas de GRH que decorrem na qualificação, motivação, satisfação, comprometimento dos empregados, resultam como consequência em empregados mais produtivos e, por sua vez, melhores resultados da organização, ou seja, habilidades, estado psicológico (tal como atitudes e motivação) e comportamentos específicos (como desempenho e absentismo) dos empregados, é o caminho que medeia entre a GRH e os resultados do desempenho organizacional, embora espera-se que as práticas de GRH influenciem os resultados da organização por meio da criação de eficiências operacional e estrutural (Patterson *et al.*, 2010).

1.5 Questões-chaves relativas aos recursos humanos com implicações no acesso universal aos serviços da saúde

1.5.1 Acesso universal aos serviços de saúde

As desigualdades em saúde constituem um tema central de discussões que envolvem políticas públicas em diversos países (Sanchez & Ciconelli, 2012). A existência e a persistência das desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde são um dos principais pontos de atenção dos decisores políticos, investigadores e gestores dos serviços de saúde (Viana, Fausto & Lima, 2003).

A discussão sobre desigualdades em saúde traz à superfície o conceito de equidade (Sanchez & Ciconelli, 2012). O tema equidade nos serviços de saúde começou a receber maior atenção na década de 80, sendo um dos marcos dessa discussão a estratégia “Saúde Para Todos no Ano 2000”, formulada pela OMS em 1979, que visava a promoção de ações de saúde, destinadas a atingir a todos, independente das diferenças como raça, género, condições sociais, entre outras (Viana, Fausto & Lima, 2003). Durante a década de 1990, a OMS publicou vários relatórios sobre equidade em saúde, contribuindo significativamente para pensar sobre a questão em todo o mundo (Starfield, 2001).

Partindo do princípio de equidade, a questão central na agenda política em saúde relaciona-se com a redução ou a eliminação das diferenças que resultam de factores considerados evitáveis e injustos, criando, desse modo, igual oportunidade em saúde e reduzindo as diferenças injustas tanto quanto possível (Viana, Fausto & Lima, 2003).

Starfield (2001) considera equidade como a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos de estado de saúde em populações sociais, demograficamente ou geograficamente definidas ou subgrupos de população.

A equidade tem recebido diferentes definições e ênfases nos estudos teóricos e empíricos relativos ao acesso e uso dos serviços de saúde. O acesso à saúde tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos (Sanchez & Ciconelli, 2012).

O conceito de acesso à saúde é complexo. Tem sido muitas vezes empregue de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso dos serviços de saúde (Travassos & Martins, 2004).

Embora ainda exista considerável debate sobre este conceito, a maior parte da literatura concorda que acesso não equivale à simples utilização dos serviços de saúde. Ao longo dos tempos, o conceito de acesso à saúde tornou-se mais complexo, com a incorporação de aspectos de difícil mensuração, como por exemplo as características da população (renda, cobertura do seguro de saúde, atitudes frente ao cuidado com a saúde, satisfação do paciente, estrutura social) ou das instituições de saúde (Sanchez & Ciconelli, 2012).

Donabedian utiliza o termo acessibilidade em vez de acesso e descreve dois aspectos (Sanchez & Ciconelli, 2012): sócio-organizacional e geográfico. Os atributos sócio-organizacionais incluem a condição social, cultural, educacional ou económica do indivíduo, que influencia significativamente o acesso à saúde. A acessibilidade geográfica, por outro lado, refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o paciente e os serviços. A acessibilidade está mais relacionada à oferta de serviços de modo que responda às necessidades da população do que à simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço.

A literatura é consensual que o conceito de acesso à saúde tem múltiplas dimensões, composto por factores financeiros e não financeiros. Actualmente, as principais características do acesso à saúde são resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento dos serviços de saúde e informação (Sanchez & Ciconelli, 2012). Tem sido usado o termo “cobertura” para expressar o alcance de uma medida sanitária como, por exemplo, a proporção de gestantes que fizeram o acompanhamento pré-natal (Jacobs *et al.*, 2012).

Margaret Chan, antiga Directora-Geral da OMS descreveu a cobertura universal, como o conceito mais poderoso que a saúde pública tem para oferecer. Para ela a cobertura universal é a melhor maneira de consolidar os ganhos de saúde conquistados nas últimas décadas. É um equalizador social, poderoso e a expressão máxima da justiça (Holmes, 2012).

Foi lançado o Relatório Mundial de Saúde 2013 com o título: “*Research for Universal Health Coverage*” (Pesquisa para a cobertura Universal da saúde), da OMS, que solicita aos países que realizem os investimentos necessários para desenvolver acções que visam a cobertura universal da saúde. Com esta, os países podem ajudar os seus cidadãos a obter os serviços de saúde de que necessitam, sem sacrifícios financeiros para pagá-los (WHO, 2013).

A cobertura universal da saúde é definida como o acesso para todos aos serviços de saúde (prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) adequados a um custo acessível (Jacobs *et al.*, 2012).

Existem muitas barreiras no acesso aos serviços de saúde, que podem relacionar-se tanto do lado de quem necessita desses serviços, quanto de quem os oferece, sendo a barreira financeira uma das mais significativas, sobretudo do lado da demanda, mas não a única e nem sempre a principal (Noronha, 2013).

A literatura mostra que todos os países, ricos e pobres, sofrem com a inacessibilidade física e social dos serviços de saúde, com deficiências relacionadas à cobertura geral, bem como à incapacidade de atingir as populações mais carenciadas (Chen *et al.*, 2004).

Assim, recomendam-se acções para atenuar as barreiras no acesso aos cuidados de saúde, abordando os múltiplos factores com influência quer na capacidade de usar os serviços de saúde pelos indivíduos, famílias ou comunidades, quer os aspectos inerentes ao sistema de saúde que os impedem a absorção dos serviços (Jacobs *et al.*, 2012).

Uma das barreiras para atingir o acesso universal da saúde prende-se com os RH, que desempenham um papel central no alcance desta meta (Cassiani, Bassalobre-Garcia, & Reveiz, 2015; Dieleman *et al.*, 2006).

Ao nível global observam-se, nos sistemas de saúde, várias questões que afectam os RH com impacto no acesso universal da saúde, sobretudo, as relativas ao tamanho, composição, distribuição, migração, treinamento, entre outras. É necessário que esses problemas sejam profundamente compreendidos para permitir a elaboração, com sucesso, de intervenções (Kabene *et al.*, 2006).

1.5.2 Desequilíbrio dos recursos humanos de saúde

A literatura sobre planeamento e gestão de RHS realça, no contexto global, a preocupação do equilíbrio da força de trabalho como um desafio para o desenvolvimento de políticas no sector da saúde (Zurn *et al.*, 2004; Dussault & Franceschini, 2006).

Quase todos os países sofrem com escassez e/ou com má distribuição dos RH caracterizada comumente pela concentração urbana e défices rurais (WHO, 2006; Lehmann, Dieleman & Martineau, 2008).

A escassez global de trabalhadores de saúde, conforme mencionado atrás, é estimado em mais de 4 milhões de trabalhadores. Os países subsaarianos necessitam cerca do triplo dos seus números atuais de trabalhadores, acrescentando o equivalente a 1 milhão destes através de retenção, recrutamento e treinamento (Chen *et al.*, 2004).

Nesses países, a situação do desequilíbrio dos RHS é particularmente grave comprometendo cerca de um milhar de milhão de pessoas no acesso aos serviços de saúde essenciais. Em Bangladesh, por exemplo, a maioria dos médicos (35%) e enfermeiros (30%) está localizada em quatro regiões metropolitanas onde apenas vive 14,5% da população; na África do Sul, 46% da população vive em áreas rurais, mas apenas 12% dos médicos e 19% dos enfermeiros trabalham nessas áreas; em alguns países francófonos da África subsaariana, como Costa do Marfim, República Democrática do Congo e Mali, a superprodução de trabalhadores de saúde em relação a capacidade de absorção levou ao desemprego de médicos em áreas urbanas e escassez destes em áreas rurais e remotas (WHO, 2010).

Os problemas da escassez e desequilíbrio dos RHS são também sentidos nos países de alta renda (Zurn *et al.*, 2004). Por exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA), 9% dos médicos registados trabalha nas zonas rurais, onde 20% da população vive; a França tem grandes desigualdades na densidade dos médicos de clínica geral, com densidades maiores no sul e na Capital em comparação com o centro e norte do país; no Canadá, apenas 9,3% dos médicos trabalha em zonas rurais e remotas, onde vive 24% da população (WHO, 2010).

A questão do desequilíbrio dos RHS não é nova (Dussault & Franceschini, 2006; Russo *et al.*, 2012). Já em 1915, líderes de enfermagem preocupavam-se com a carência de

enfermeiros em hospitais nos EUA (Friss, 1994). Actualmente, como foi visto acima, o problema é relatado tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (Zurn *et al.*, 2004; Miguelote *et al.*, 2008).

O desequilíbrio dos RHS pode ser definido sob duas perspectivas: a económica e a normativa. Do ponto de vista económico, a distribuição dos RHS é uma função do mercado de trabalho dos serviços de saúde. Desequilíbrios surgem quando há uma disparidade entre a oferta e a procura de trabalho nos serviços de saúde. Neste sentido, os salários têm um papel fundamental, visto que quanto mais altos forem, mais profissionais é esperado que queiram trabalhar (WHO, 2010).

Na perspectiva normativa, o desequilíbrio é definido em termos de comparação com algum padrão ou norma, ou seja, a definição baseia-se em um juízo de valor, como por exemplo, qual o número adequado de PS para prestar um determinado cuidado numa dada população (Zurn *et al.*, 2004).

Assim, variações na densidade de um tipo de PS comparativamente com a norma é considerado desequilíbrio. Por exemplo, a OMS considera um limiar de 34,5 PS qualificados (médicos, enfermeiros e parteiras) por 10 000 habitantes para alcançar 80% de cobertura de intervenções essenciais, sendo abaixo deste limiar considerados défices críticos de RHS (WHO, 2014).

Zurn *et al.* (2004), distinguiram diferentes tipos de desequilíbrios dos RHS:

- Desequilíbrios na profissão/especialidade – desequilíbrios nas várias profissões da saúde, como médicos ou enfermeiros, e desequilíbrios dentro de uma profissão, por exemplo, a escassez de um tipo de especialista;
- Desequilíbrios geográficos – disparidades entre regiões urbanas e rurais, e entre regiões pobres e ricos, na distribuição dos RHS;
- Desequilíbrios institucionais e de serviços – diferenças na oferta de PS entre instituições e entre serviços de cuidados;
- Desequilíbrio público-privado – diferenças na alocação de RHS entre os sectores público e privado de saúde;
- Desequilíbrios de género – disparidades na representação feminino-masculina na força de trabalho de saúde.

O presente estudo focaliza a discussão sobre o desequilíbrio geográfico na distribuição dos RHS. Este tipo de desequilíbrio implica uma série de consequências negativas, incluindo: a mobilidade de PS das áreas rurais para urbanas e dos serviços públicos para privados; inacessibilidade da população aos serviços de saúde e inadequação nos padrões de sua utilização com aumento do tempo de espera para o atendimento e redução do número de camas de internamento hospitalar; baixa qualidade e produtividade dos serviços de saúde; e certas intervenções realizadas por pessoal com baixas qualificações profissionais (Bossert *et al.*, 2007).

Para efeitos deste trabalho, consideramos área rural, conforme o artigo nº 2 da lei 3/04 de 25 de Junho – Lei do Ordenamento do Território e do Urbanismo em Angola, e a classificação feita pela Lei nº 13/16, de 12 de Setembro – Lei de Base da Organização Administrativa do Território em Angola, como o espaço territorial situado fora dos perímetros urbanos (localidades do interior).

As áreas urbanas, de acordo com as mesmas leis são espaços delimitados por centros urbanos (cidades), sendo territórios que abrigam aglomerados populacionais dotados de infraestruturas urbanísticas.

1.5.3 Motivação dos recursos humanos de saúde

O desempenho dos sistemas de saúde depende criticamente da motivação dos trabalhadores, ao lado de suas capacidades, que se traduz na vontade de exercer e manter um esforço no sentido de alcançar as metas organizacionais (Franco, Bennett & Kanfer, 2002).

A motivação refere-se aos processos psicológicos que têm implicação directa no comportamento individual em contexto de trabalho, particularmente aqueles processos que influenciam o indivíduo na realização de tarefas e metas organizacionais (Kanfer, 1999).

A prestação dos cuidados de saúde é altamente laboriosa e, consequentemente, a qualidade, eficiência e equidade são directamente mediadas pela vontade dos trabalhadores em submeterem-se às suas tarefas (Franco, Bennett, Kanfer, 2002).

A disponibilidade e acesso dos RH, embora importantes, não garantem qualidade de atendimento. Por exemplo, a Uganda tem uma densidade de PS qualificados por população

três vezes maior que a do Bangladesh, mas uma maior taxa de mortalidade materna. Situações semelhantes foram encontradas na Rússia e na África do Sul (Parkhurst *et al.*, 2005). Isto pode estar ligado a motivação dos trabalhadores de saúde que constitui um dos seus atributos mais críticos, e é gerada por uma combinação complexa de factores, incluindo valores pessoais, ético-profissionais, remuneração, ambiente de trabalho e suporte do sistema de saúde (Chen *et al.*, 2004).

Existem várias teorias que procuram explicar a motivação. A Teoria dos dois factores proposta por Frederick Herzberg aborda a questão da satisfação e da motivação no trabalho como sendo dois fenómenos distintos (Bezerra *et al.*, 2010).

De acordo com essa abordagem, os factores de satisfação no trabalho são aqueles intrinsecamente ligados ao trabalho, ou seja, as condições que rodeiam o empregado enquanto trabalha, englobando as condições físicas e ambientais de trabalho, salários, benefícios sociais, políticas da empresa, clima entre a direção e os empregados; e os factores motivacionais (os que fomentam a motivação) são aqueles relacionados à tarefa ou trabalho do empregado que trazem sentimentos de realização, de crescimento e de reconhecimento (Faye *et al.*, 2013).

Nesta perspectiva, é necessária a distinção entre dois fenómenos: a motivação para estar em um emprego e a motivação para executar tarefas (Dieleman *et al.*, 2006). Muitos administradores acreditam que estejam a aplicar políticas motivacionais nas suas empresas ao melhorarem as condições físicas de trabalho, salários, políticas organizacionais, processos administrativos, benefícios e segurança no trabalho, mas na verdade estão apenas a garantir a satisfação do empregado no ambiente de trabalho. A satisfação no trabalho não é capaz por si só de influenciar de forma permanente o comportamento do trabalhador mas, quando presentes os factores de motivação tornam esse comportamento mais equilibrado, mais produtivo com vontade de fazer mais e melhor (Bezerra *et al.*, 2010).

Nos países em desenvolvimento, sobretudo na África Subsaariana, a motivação dos trabalhadores de saúde, constitui um desafio pelo impacto negativo que pode causar sobre o desempenho dos sistemas de saúde, quer de forma individual, ou organizacional, quer do sistema de saúde como um todo (Mathauer & Imhoff, 2006).

Este problema de baixo nível de motivação dos trabalhadores de saúde, muitas vezes, é identificado como central na prestação dos cuidados de saúde. Por exemplo, resultados de uma pesquisa realizada pelo *German Technical Cooperation* com representantes de ministérios de saúde de 29 países, conforme relatado por Mathauer & Imhoff (2006), mostrou a baixa motivação como o segundo mais importante problema dos RHS após a falta de pessoal.

Um quadro conceptual da motivação dos trabalhadores de saúde nos países em desenvolvimento apresentado por Kanfer (1999) indica como determinantes da motivação: os valores sociais e culturais, cultura organizacional, valores pessoais, tendências, condições de trabalho, práticas de gestão dos RH, confiança do trabalhador para o desempenho no trabalho, competências, capacidades, entre outros.

Apesar do interesse sobre o que deve ser feito para a motivação dos RHS nos países em desenvolvimento, até agora o assunto não recebeu tanta atenção quanto a sua importância nas políticas de saúde. Há um pequeno, mas crescente corpo de pesquisas qualitativas que abordam esta problemática. Estes estudos mostram limitações dos incentivos financeiros e revelam a importância dos incentivos não financeiros (Mathauer & Imhoff, 2006; Dieleman *et al.*, 2003; Fort & Voltero, 2004).

Vujicic *et al.* (2004), analisando o papel dos salários na migração de trabalhadores de saúde concluíram que os incentivos não-salariais podem ser mais eficazes na redução dos fluxos migratórios dos RHS. Em uma revisão de teorias e evidências empíricas de motivação dos trabalhadores de saúde, Dolea & Adams (2005) igualmente sublinham a importância de incentivos não financeiros.

A motivação constitui um dos principais factores que afecta a produtividade e a qualidade dos serviços, particularmente num momento em que as organizações perceberam que o diferencial competitivo decorre principalmente das pessoas que trabalham nelas (Bezerra *et al.*, 2010). Como tal, ganhos em motivação dos trabalhadores contribuirá para melhorar a qualidade de atendimento e acesso aos serviços de saúde (Dieleman *et al.*, 2006).

1.5.4 Migração dos recursos humanos de saúde

Além da escassez e má distribuição dos RHS, muitos países enfrentam dificuldades com o recrutamento e retenção de PS, salários baixos dos trabalhadores existentes, deficientes condições de trabalho, falta de supervisão, baixa motivação e falta de infra-estruturas, o que leva à perda de profissionais pela migração destes para países ou regiões mais ricas (Lassi *et al.*, 2016).

A migração dos PS tem sido reconhecida como um dos obstáculos à garantia da cobertura universal dos serviços de saúde, tendo em conta as consequências que causa, sobretudo na exacerbação dos desequilíbrios da força de trabalho (Gupta *et al.*, 2003; Miguelote *et al.*, 2008).

Há uma variedade de estudos que abordam a migração dos trabalhadores de saúde, discutindo quer a migração internacional, quer a interna, bem como os seus factores e as estratégias de retenção.

Um relatório síntese sobre a migração de PS qualificados em seis países da região africana da OMS (Camarões, Gana, Senegal, África do Sul, Uganda e Zimbabwe) mostrou a magnitude do problema nesta região, destacando, para além da migração internacional, a migração interna, nomeadamente do sector público da saúde para o privado e de áreas rurais para urbanas, o que tem levado a uma escassez de PS principalmente nas localidades mais desfavorecidas, com consequente aumento da carga de trabalho dos restantes trabalhadores empregados nessas áreas. As medidas implementadas pelos países para atenuar os efeitos da migração incluem o recurso ao uso de PS estrangeiros, vínculos de trabalho com diplomados recém-formados, oportunidades de desenvolvimento de carreiras e revisões periódicas de salários. No entanto, estas medidas não conseguiram reter e atrair novos funcionários para o setor público, uma vez que as condições de trabalho não melhoraram significativamente e essas abordagens eram fragmentadas (Awases *et al.*, 2004).

Um estudo que examinou as tendências na mobilidade dos PS e seu impacto em Gana mostrou que a migração desses profissionais é um problema crítico, com efeitos negativos sobre o sistema de saúde que incluem: desequilíbrios no *mix* de habilidades, carga de trabalho excessiva, *stress* e *burnout*, levando ao aumento de erros entre os profissionais

de saúde, má qualidade dos cuidados de saúde e perda de investimento em educação e formação. Nos últimos anos a migração de PS neste país, particularmente médicos e enfermeiros, tem a tendência de reduzir, devido a medidas implementadas pelo Governo, que incluem a formação, melhores condições de trabalho e salários, reinserção dos profissionais retornados da migração internacional e outros pacotes de incentivos para as zonas desfavorecidas (IOM, 2012).

A solução do problema passa pelo desenvolvimento de políticas e estratégias para reter e atrair o pessoal no sector da saúde no país de origem e/ou nas regiões necessitadas (Awases *et al.*, 2004).

Vários eventos internacionais têm destacado a importância de melhorar a retenção dos RHS apelando para intervenções e políticas mais eficazes:

- A resolução da Assembleia Mundial da saúde sobre migração em 2004 (WHO, 2004b) e o relatório mundial da saúde de 2006 (WHO, 2006), solicitaram que os Estados-Membros da OMS criassem mecanismos para melhorar a retenção dos trabalhadores da saúde;
- Em Março de 2008, a Declaração de Kampala do primeiro Fórum Global de RHS solicitou aos governos para assegurarem incentivos adequados e um ambiente de trabalho seguro e propício para a distribuição equilibrada e retenção eficaz dos trabalhadores de saúde (WHO, 2008);
- O comunicado do G8 de julho de 2008 reafirmou a necessidade de assegurar a retenção eficaz dos trabalhadores de saúde (G8 Health Experts Group);
- O relatório da Comissão Sobre os Determinantes Sociais de Saúde da OMS, de Novembro de 2008 pediu acção dos governos e parceiros internacionais para tratar especificamente dos desequilíbrios na distribuição geográfica dos RHS em áreas rurais, considerando este ser um factor estrutural que leva aos pobres resultados em saúde (WHO, 2013);
- Em junho de 2009, um Grupo de Trabalho da OMS de alto nível sobre financiamento e inovação internacional para saúde exortou a todos os governos a assegurar que todas as pessoas, incluindo as populações rurais e remotas, tenham acesso aos cuidados de saúde essenciais, seguros e de qualidade (WHO, 2013);

- Em 2010 a OMS recomendou a combinação de uma variedade de intervenções para melhorar a retenção dos trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas (WHO, 2010);
- Em 2013, no 3º Fórum global sobre os RHS foi reconhecida a necessidade de uma força de trabalho eficiente para atingir a meta da cobertura universal da saúde, enfatizando que os decisores políticos devem tomar medidas radicais para garantir a retenção de seus RH, equilibrar a sua distribuição, quer geográfica, quer entre os diferentes níveis do sistema de saúde e entre os setores público e privado (WHO, 2014).

As questões que influenciam a retenção dos PS muitas vezes não são bem compreendidas e, portanto, exigem um estudo detalhado (Awases *et al.*, 2004), o que vai constituir um passo fundamental na compreensão da dimensão do problema e na orientação para a escolha de intervenções apropriadas (WHO, 2013).

1.5.5 Múltiplos empregos

Empregos múltiplos de pessoal com trabalho simultaneamente nos serviços públicos e fora destes levam a vários problemas relacionados com a eficiência e qualidade dos cuidados. Por um lado, pode diminuir a produtividade de alguns trabalhadores, enquanto os outros são sobrecarregados, apesar de todos serem pagos o mesmo salário, e por outro lado, a exploração de trabalhos múltiplos pode levar a utilização inadequada dos recursos públicos para proveito próprio ou referências desnecessárias de cuidados em instituições públicas para privadas. Este fenómeno é amplamente observado nos países em desenvolvimento (Berman & Cuizon, 2004).

As relações entre o trabalho múltiplo e desempenho do sistema de saúde ainda não estão bem compreendidas. Enquanto isso, a prevalência de exploração do trabalho múltiplo por parte dos PS é significativa, o suficiente para justificar maior atenção neste objecto (Bossert, et al, 2007).

1.5.6 Absentismo e “trabalhadores fantasmas”

O absentismo de trabalhadores do setor público e “trabalhadores fantasmas” (pessoal que existe em documentos, mas não na prática, auferindo salários indevidamente) afetam igualmente o desempenho do sistema de saúde, reduzindo a eficiência, a capacidade governamental para aumentar os salários, o acesso aos serviços e a qualidade dos cuidados (Bossert *et al.*, 2007).

Esses fenómenos são significativos em vários contextos. Em Bangladesh por exemplo, num estudo de Chaudhury & Hammer (2003), baseado em uma amostra nacional de visitas não anunciadas constatou que os médicos eram ausentes por mais de 40% do tempo que deveriam estar disponíveis para os serviços. Da mesma forma, um estudo de Egger, Lipson & Adams (2000), relata um inventário do Ministério da Saúde de Guiné-Bissau que contou 2310 trabalhadores da saúde, enquanto nas folhas de salário havia cerca de 3000, tendo retirado os 700 trabalhadores “fantasmas”.

1.5.7 Educação e treinamento dos recursos humanos de saúde

Outra questão fundamental na abordagem dos RHS é a educação e treinamento. Uma força de trabalho adequadamente treinada e competente é essencial para o êxito de qualquer sistema de saúde (Kabene *et al.*, 2006).

Diante de problemas complexos como o equilíbrio na distribuição dos RHS e a combinação de habilidades para o trabalho em equipa, que desafiam os gestores e tomadores de decisões em saúde, a chave de sucesso no esforço para o fortalecimento dos sistemas de saúde prende-se com o desenvolvimento de uma força de trabalho qualificada e bem treinada (Schneider *et al.*, 2011), através da produção de um número suficiente de trabalhadores com qualificações e competências técnicas necessárias para responder às expectativas e objectivos em saúde. Isto requer planeamento e gestão efectiva da produção de RH com foco na construção de instituições formadoras fortes; fortalecimento da regulação profissional e das capacidades de recrutamento (Almeida & Aparecida Ferraz, 2008).

No caso de Angola, este país tem desenvolvido, nos últimos anos, esforços significativos no âmbito da sua política educativa. A Lei n.º 17/16 – Lei de base do sistema de educação e ensino, estrutura-se em seis subsistemas de ensino, no qual destacamos o subsistema de ensino secundário técnico-profissional, que assegura a preparação técnica e profissional num período de quatro anos (de 10^a até 12^a classe), para a inserção do indivíduo no mercado de trabalho, com a possibilidade de continuar os seus estudos em nível superior; e o subsistema de ensino superior que visa a formação de quadros e técnicos de alto nível (Lei n.º 17/16, de 7 de Outubro).

Em 2009, o ensino superior foi reestruturado através do Decreto n.º 7/09 de 12 de Maio que cria sete novas universidades públicas e redimensiona a Universidade Agostinho Neto, que era a única pública no país. Como foi referido anteriormente, Angola passa a contar com mais cinco faculdades de medicina, localizadas nas províncias de Benguela, Cabinda, Huambo, Huíla e Malanje (Decreto n.º 7/9, de 12 de Maio), que funcionam com a cooperação cubana, o que totaliza, actualmente, nove cursos de medicina: seis tutelados pelo Ministério do Ensino Superior, um pelas Forças Armadas Angolanas, e dois privados (Fresta, 2016). Para além da medicina, vários cursos de saúde são ministrados nos institutos superiores politécnicos das universidades públicas acima referidas e nos privados.

Esta expansão da rede de instituições de ensino superior em todo país está a permitir uma maior produção dos RHS. Porém, a crise económica que o país enfrenta reduziu as capacidades de absorção dos quadros formados, havendo restrições de concursos públicos para o ingresso dos mesmos na função pública.

Relativamente ao treinamento em serviço, o desenvolvimento deste tem efeitos positivos na prestação dos cuidados de saúde (Dussault & Dubois, 2003). Em geral, estudos indicam que o treinamento pode melhorar conhecimentos, aptidões e desempenho em determinadas tarefas a curto prazo. Por exemplo, um estudo no México demonstrou melhorias na gestão dos casos de infecções respiratórias e diarreicas agudas após a formação dos prestadores de cuidados (Dieleman, Gerretsen & Wilt, 2009).

1.6 Que políticas implementar para prover o acesso universal à saúde?

O alcance dos objectivos da saúde de uma população depende em grande medida de uma eficiente oferta de serviços pelos RHS, disponíveis em número suficiente e adequadamente alocados nas diferentes ocupações e regiões geográficas (Dussault & Dubois, 2003). Isto exige adopção de políticas e práticas de gestão de RH capazes de responder a esse contexto (VHO, 2010).

A falta de políticas explícitas de RH produz, na maioria dos países, os desequilíbrios que ameaçam a capacidade dos sistemas de saúde para atingir os seus objectivos (Dussault & Dubois, 2003). Essas políticas assumem-se como um dos insumos mais importantes no fortalecimento dos sistemas de saúde, sendo um componente crítico das políticas de saúde, e um instrumento que permite a organização e a configuração do capital estratégico (WHO, 2007).

A ideia de formulação de políticas de saúde é relativamente recente. Até ao final da década de 1940, as políticas nacionais tendiam a ser uma característica distintiva das economias planificadas. A noção de política nem sempre é compreendida de maneira uniforme. Política às vezes é percebida como um produto (princípio, declaração, lei) que serve como um quadro de referência para a acção; às vezes como um processo que deve levar à realização de determinados objetivos (Dussault & Dubois, 2003).

A palavra política na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder (*Politics*), quanto as diretrizes (*Policy*). Deste modo, política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde, bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Paim & Teixeira, 2006).

No contexto dos RHS a política constitui uma expressão de compromisso com os objetivos de RH e um guia de acção para o pessoal de saúde. Descreve as prioridades que um país quer alcançar na área de RHS enquanto responde à implementação dos objectivos de saúde adotados pelo país; identifica as principais estratégias para atingir essas prioridades; fornece um quadro dentro do qual as actividades de RH podem ser coordenadas e implementadas. Geralmente, a política engloba a visão de um país para o desenvolvimento dos RHS a curto, médio e longo prazo (Nyoni *et al.*, 2006).

As políticas de RHS devem ser abrangentes, ou seja, irem além da administração de pessoal e incorporar todos os aspectos da GRH. As funções tradicionais da GRH, como o recrutamento do pessoal, continuam a ser exercidas, no entanto, é fundamental envolver outras, nomeadamente as negociações com grupos profissionais e de sindicatos, formação, parcerias com várias entidades como a educação para as questões de formação, finanças para as questões relacionadas com a remuneração e aos regimes de incentivo (Dussault & Dubois, 2003).

Para Martinez & Martineau (1998), as políticas de RHS devem abordar quatro categorias principais de funções:

- i) *Planeamento para a provisão dos RHS*: Visa garantir o número adequado de pessoal nas diferentes categorias de emprego e que esse pessoal esteja disponível e distribuído equitativamente e coerente entre regiões geográficas, estabelecimentos e níveis de cuidados. O desafio é implantar pessoal adequado em número suficiente no momento certo e no lugar, incluindo a distribuição equitativa de gênero dentro dos limites do que se pode pagar;
- ii) *Educação e treinamento*: Envolve a provisão de diferentes categorias de PS com as competências necessárias, de acordo os objectivos definidos pelas políticas de saúde. As acções de política podem incluir: adaptação dos currículos de formação aos objectivos da saúde e às exigências de serviço; desenvolvimento de novos métodos de ensino e aprendizagem; monitoramento de habilidades e formação de requisitos; desenvolvimento de infra-estruturas de formação; formação de formadores; e a regulação dos programas e instituições de formação.
- iii) *Gestão do desempenho*: Diz respeito a optimização dos processos de produção dos serviços e incentivos do pessoal para a prestação de serviços eficazes, eficientes e de alta qualidade que atendam as necessidades e expectativas dos cidadãos. Inclui orientações em termos de organização e divisão do trabalho, padrões de práticas, métodos de pagamento, circulação de informações, práticas de gestão e ferramentas, mecanismos de avaliação e responsa-

bilização e, mais geralmente, as estratégias para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços prestados;

- iv) *Condições de trabalho*: As diretrizes políticas devem abordar métodos de recrutamento e retenção de pessoal, gestão de carreira, remuneração e incentivos, gestão de relações laborais, sistemas de avaliação, ambientes de trabalho, materiais e equipamentos, e outras.

Os processos de reformas devem implicar ajustamentos importantes em RH. Evidências sugerem que as mudanças poderiam ser implementadas mais eficazmente se as questões de RH fossem tratadas nas políticas de desenvolvimento e no planeamento da saúde (Dussault & Dubois, 2003).

Os autores acima mencionados relatam exemplos de Cazaquistão que obteve sucesso nas reformas dos cuidados primários de saúde, atribuído, em grande parte, às políticas de RHS; Chile, que pelo contrário, a sua reforma do sector da saúde, iniciada na década de 1990 foi feita sem o envolvimento de PS que tinham percepções diferente do governo; e a bem-sucedida experiência do Costa Rica ao fazer a política de RHS como parte da política de saúde (Dussault & Dubois, 2003).

No caso de Angola, o país possui uma política nacional de saúde aprovada em 2010 (Decreto Presidencial nº 262/10, de 24 de Novembro), que define as principais orientações e estratégias, incluindo dos RH, que devem ser implementadas para responder aos desafios da saúde, com visão para 2025. Entretanto, como foi referido anteriormente, os serviços de saúde enfrentam vários problemas, dentre eles os relacionados com a GRH, nomeadamente a escassez e má distribuição do pessoal em áreas rurais e remotas (Ministério da saúde, 2016).

Uma política adequada de recrutamento e retenção de RH deve englobar múltiplas estratégias adotadas simultaneamente, em vez de intervenções isoladas e não pode ser construída separadamente das políticas de aprimoramento do sistema de saúde e da gestão (Targa *et al.*, 2014).

A OMS destaca a importância de articular um conjunto de intervenções, uma vez que o processo é complexo e os resultados esperados dificilmente poderão ser alcançados com uma única intervenção, tendo recomendado uma série de estratégias para melhorar a

atração, retenção e o recrutamento de PS em áreas rurais e remotas, dispostas em quatro categorias de intervenção (WHO, 2010):

- i) *Educação*: Pode incluir actividades como o acesso às oportunidades educacionais e promoção de carreiras. Isto envolve o uso de políticas para admissão de estudantes de áreas rurais por forma a aumentar a probabilidade dos diplomados trabalharem nessas áreas; criação ou aproximação de escolas de medicina em áreas rurais para formar mais médicos que trabalhem nelas; disposição dos alunos de graduação a experiências rurais de modo a influenciar positivamente a atração e o recrutamento de PS para essas áreas; revisão curricular para incluir mais matérias de assistência primária à saúde e temas rurais; implementação de projetos de educação contínua e programas de desenvolvimento profissional;
- ii) *Regulamentação*: As intervenções reguladoras podem incluir acções para regulamentar formas avançadas de prática em áreas rurais e remotas; serviço obrigatório em áreas desfavorecidas com apoio e incentivos adequados; fornecimento de bolsas de estudo ou outras formas de financiamento da educação para os profissionais que se propuserem a prestar serviço nessas áreas;
- iii) *Incentivos financeiros*: Podem incluir uma combinação de incentivos fiscalmente sustentáveis;
- iv) *Apoio profissional e pessoal*: O suporte pessoal e profissional pode envolver a melhoria das condições de vida dos trabalhadores através de investimentos em infraestrutura e serviços, como por exemplo saneamento, eletricidade, telecomunicações, escolas, etc; garantir o equipamento e suprimentos necessários para o ambiente de trabalho; implementar acções de sensibilização entre os PS para promover a cooperação profissional; apoiar planos de desenvolvimento de carreiras para o pessoal de áreas rurais; apoiar o desenvolvimento de redes e associações profissionais com o objetivo de melhorar a moral dos trabalhadores de saúde e reduzir a sensação de isolamento profissional; elaborar e incentivar medidas de reconhecimento profissional para promover a motivação.

1.6.1 As experiências de alguns países

Diversos países vêm implementado medidas para aumentar o acesso aos PS em áreas mais desfavorecidas, através da motivação e retenção desses profissionais.

A literatura identifica várias abordagens para melhorar a motivação e retenção dos trabalhadores de saúde com o uso de incentivos. Porém, há uma escassez de evidências sobre a eficácia dos diferentes regimes de incentivos, o que requer mais análises para compreender em que medida os mesmos influenciam a atracção e retenção dos PS, sendo esta uma informação fundamental para o desenvolvimento de política e planeamento eficazes da força de trabalho no sector da saúde (Henderson & Tulloch, 2008). Os debates, sobretudo os relativos aos países em desenvolvimento têm mostrado que a motivação é influenciada por incentivos financeiros e não financeiros (Manafa *et al.*, 2009).

Um estudo de Mathauer & Imhoff¹ (2006) que avalia o papel dos incentivos não financeiros para a motivação de PS no Benin e no Quênia constatou que os incentivos financeiros são importantes e o problema dos salários baixos deve ser resolvido, especialmente nas situações em que o rendimento é insuficiente para atender às necessidades mais básicas dos profissionais de saúde e suas famílias. Mas evidências sugerem que o aumento dos salários não é suficiente para resolver o problema da baixa motivação. Mais dinheiro não implica automaticamente maior motivação. O estudo sugeriu que qualquer estratégia abrangente para maximizar a motivação dos PS no contexto de um país em desenvolvimento deve envolver uma combinação de incentivos financeiros e não financeiros.

Os mesmos autores também relatam estudos de Stilwell que mostraram a motivação dos PS no Zimbabwe influenciada por uma boa liderança, gestão, apoio, entre outros factores.

Dieleman *et al.* (2003) também destacaram no Vietnã como principais factores de motivação dos profissionais de saúde o apreço pelos gestores, colegas e a comunidade, emprego estável, renda e formação.

Em Gana, como foi referido anteriormente, emprega-se uma série de incentivos para recrutar e reter PS em áreas desfavorecidas, que incluem um aumento salarial de 20% a

30%, um esquema de compra de viaturas individuais e bolsas de estudos para os PS que cumprem serviços nessas áreas (Johnson *et al.*, 2011).

No Brasil foi estabelecido o programa “Mais Médicos” que apresenta muitos aspectos inovadores para o sistema único de saúde (SUS), como a contratação de profissionais para actuarem em áreas vulneráveis; investimentos para melhorar as infraestruturas; mudanças curriculares na formação médica; reordenação dos cursos de medicina para as áreas que apresentam menor número de médicos e 30% de internato médico desenvolvido na atenção primária à saúde e nos serviços de urgência/emergência. Este programa foi instituído por lei, sendo actualmente a principal política pública de provimento de RH para a saúde e de reformulação da formação e do trabalho médico naquele país (Carvalho, Marques & Silva, 2016).

1.6.2 Políticas baseadas em evidências científicas

Formular estratégias para aumentar o acesso aos serviços de saúde é um grande desafio (Walley *et al.*, 2007). Os processos de tomada de decisão são complexos e sofrem influências de múltiplos factores como crenças, intuições, hábitos, superstições, tradições, experiências, culturas, interesses pessoais e considerações administrativas e políticas, bem como influências de actores sociais, ou seja, os tomadores de decisões articulam os valores mais influentes para elegerem as suas prioridades no estabelecimento de acções que integram os programas e políticas de saúde (WHO, 2004c).

Com o efeito, os modelos tradicionais de desenvolvimento de políticas centram-se em interesses, ideias e instituições, problemas (ou soluções) e eventos políticos como forças-chaves para moldar os resultados e orientações ou agendas políticas, cada um desses factores fluindo de forma independente. Esses modelos de desenvolvimento de políticas são vistos como simplistas e não apropriados para os processos actuais de tomada de decisão, num contexto em que a população está mais informada e mais exigente (Damani *et al.*, 2016).

Torna-se assim, cada vez maior a exigência de decisões transparentes e justificadas, o que requer mudanças de métodos implícitos para explícitos de tomada de decisão. Neste

contexto, as políticas baseadas em evidências são vistas como o meio para abordar essa crescente demanda por decisões explicitamente justificadas (Dobrowa, Goelb & Upshur, 2004).

Os decisores políticos e gestores do sistema de saúde podem ser mais eficazes se usarem conhecimentos de investigação para basearem a tomada de suas decisões, reconhecendo-se que apesar de uma decisão bem-intencionada, sem o suporte de provas científicas pode produzir efeitos infelizes incluindo desperdício de recursos (Barreto & Souza, 2013).

As políticas informadas por provas científicas têm sido descritas como as abordagens que procuram garantir que os processos decisórios sejam influenciados pelas melhores evidências de investigação disponíveis, mesmo admitindo a multiplicidade de factores que influenciam a formulação de tais políticas (Oxman *et al.*, 2009).

Os conhecimentos científicos irão ajudar a esclarecer e a complementar a justificação dos factores privilegiados, o que produz impactos positivos nos resultados das políticas e práticas de GRH (WHO, 2004c). Com o efeito, o uso da pesquisa em saúde para conceber programas e políticas com maior eficiência é uma necessidade global especialmente em regiões com maior escassez de recursos (Barreto & Souza, 2013).

Uma abordagem embasada em evidências para a elaboração de políticas também permite que os decisores reconheçam que as políticas podem estar baseadas em informações imperfeitas. Isto reduz o risco político, uma vez que este reconhecimento cria mudança caso as políticas não funcionem como esperado (Oxman *et al.*, 2010).

As revisões sistemáticas das evidências podem informar os decisores sobre como uma opção política particular foi implementada em um determinado contexto, e como poderia ser avaliada para a implementação no seu próprio contexto (Chopra *et al.*, 2008).

Essas revisões sistemáticas devem garantir que pesquisas relevantes sejam identificadas, avaliadas e usadas adequadamente, sendo processos transparentes para garantir que outros possam examinar quais as evidências de pesquisas que foram usadas para informar as decisões políticas, bem como os julgamentos feitos sobre as evidências e suas implicações (Oxman *et al.*, 2010).

Normalmente a pesquisa está divorciada da implementação prática. Isto levou à estudos sobre como transferir os resultados de pesquisas para acção (Walley *et al.*, 2007).

Assim, verifica-se um crescente interesse global em fazer melhor uso de evidências científicas nas decisões relacionadas à saúde:

- Em 2004 a OMS, no seu relatório – *World Report on Knowledge for Better Health*, dedicou um capítulo para abordar a ligação entre a pesquisa e a acção (WHO, 2004c);
- Uma Cimeira de Ministros de Saúde de 52 países realizada no mesmo ano na cidade do México emitiu um comunicado sobre a importância da pesquisa para a melhoria da saúde e fortalecimento dos sistemas de saúde (WHO, 2004d);
- Em Maio de 2005, a 58ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução que reconheceu a Declaração do México sobre pesquisa em saúde, solicitando os Estados-membros da OMS o desenvolvimento de mecanismos para apoiar o uso das evidências de pesquisa no desenvolvimento das políticas de saúde (WHO, 2005);
- O relatório mundial da saúde de 2013 – *Research for Universal Health Coverage*, recomenda a investigação para melhoria das intervenções com vista à cobertura universal da saúde (WHO, 2013).

Deste modo, várias iniciativas têm sido desenvolvidas para a promoção e implementação de estratégias de tradução do conhecimento e intercâmbio entre produtores e usuários. Alguns governos implementam medidas para promover práticas orientadas a pesquisa, por exemplo, o Chile tem desenvolvido um programa de avaliação de tecnologia de saúde; Tailândia tem implementado a acreditação dos hospitais baseada em evidências; África do Sul tem dado suporte para revisões sistemáticas de pesquisas; Filipinas financiou o desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências (Haines, Kuruvilla & Borchert, 2004).

A OMS considera que muito pouco se sabe sobre a melhor forma de facilitar o uso da pesquisa nos países em desenvolvimento (WHO, 2004c).

No entanto, a combinação de pesquisa e acção podem ter sucessos na melhoria dos sistemas de saúde. Isto envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos (WHO, 2004c; Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Para tal, uma síntese de evidências pode ser usada e tem potencial para melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades, ao levar a investir recursos limitados em intervenções que funcionam (Anderson *et al.*, 2005).

1.7 Quadro conceptual do estudo

Os resultados das estratégias de retenção dos trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas dependem de dois aspectos interligados (Dolea *et al.*, 2009): i) os factores que influenciam a decisão ou a escolha dos PS para aceitarem, ou não, trabalhar nessas áreas, e ii) a dimensão na qual as políticas e as intervenções do sistema de saúde respondem a esses factores.

Com o efeito, dois aspectos fundamentais devem ser abordados:

- i) *A extensão do problema*: Para aumentar o acesso aos trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas, através da melhoria de retenção, a OMS recomenda que a escolha das intervenções deve ser baseada em um conhecimento aprofundado da realidade dos RHS (WHO, 2010). Deste modo, devem ser desenvolvidos estudos descritivos, destacando a dimensão dos desequilíbrios e *deficits* no pessoal de saúde em áreas rurais e remotas, e analisar os factores que influenciam as decisões dos trabalhadores da saúde para a escolha do emprego (Dolea *et al.*, 2009).
- ii) *As intervenções de recrutamento e retenção*: Descrição das potenciais intervenções ou propostas que podem ser projetadas tendo em conta a análise feita dos referidos factores e avaliação das estratégias de retenção (Dolea *et al.*, 2009).

Para este efeito, foram propostos quatro estudos (fig. 6, mais adiante):

Os primeiros dois estudos (o estado de arte e a análise do contexto dos RHS da província de Cabinda) descrevem a extensão do problema, à luz do *framework* sugerido pela OMS na acção em RHS.

Vários estudos utilizam este *framework* para abordar a questão da escassez e desequilíbrio dos RHS, como por exemplo o estudo do Djibuti *et al* (2008), que avaliou a ade-

quação dos RH em serviços de saúde pública para atender às necessidades emergentes das reformas de cuidados de saúde na Geórgia.

Este *framework* é um diagrama que interliga seis dimensões de RHS (figura 5): O Sistema de gestão de recursos humanos, Políticas, Financiamento, Educação, Parceria e Liderança; e quatro fases de análise: Análise Situacional, Planeamento, Implementação e Monitoramento e Avaliação (WHO, 2006). Para uma abordagem abrangente podem ser analisadas todas as áreas e fases, mas o quadro é construído de modo a que possam ser abordadas áreas específicas de acordo com os objectivos e o contexto, permitindo diagnosticar as dimensões contextuais que afectam a distribuição geográfica dos RHS e fornecer informação para a formulação de estratégias de intervenção (WHO, 2006; WHO, 2004a).

Assim, o primeiro estudo proposto neste trabalho vai identificar e analisar os conhecimentos científicos e académicos relativos à problemática da escassez e desequilíbrio dos RHS, focados nas diferentes dimensões deste *framework*, e o segundo estudo, igualmente com foco nas mesmas dimensões, vai identificar e analisar as práticas de GRH implementadas na província de Cabinda, de modo a fornecer um conhecimento amplo e a realidade do problema neste contexto.

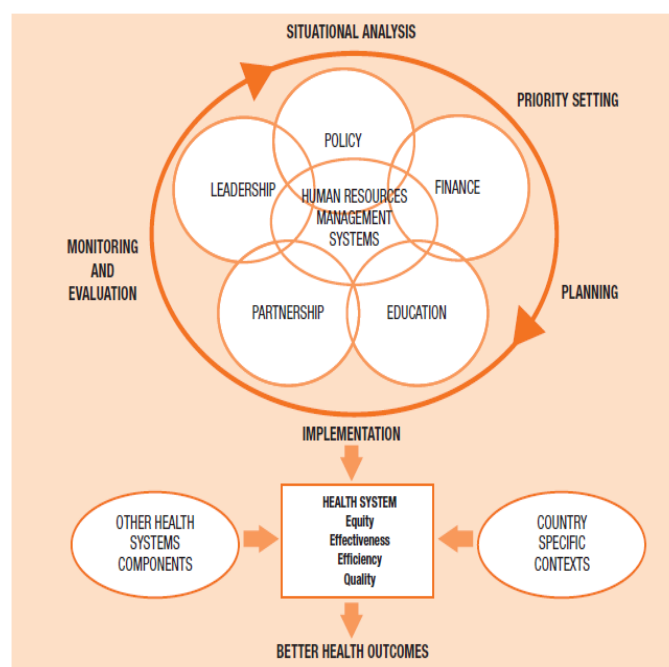


Fig. 5 – Framework de acção em RHS. Fonte: WHO (2006).

O terceiro estudo analisa os factores que influenciam a atracção e retenção dos RHS do sector público em áreas rurais e remotas da província de Cabinda. Este estudo baseia-se nos pressupostos de que as decisões dos PS na escolha da localização do emprego resultam de uma interação de vários factores, individuais, organizacionais e ambientais que influenciam as decisões desses profissionais para permanecerem, ou não, nas áreas mais desfavorecidas (Lehmann, Dieleman & Martineau, 2008).

A literatura mostra três tendências em relação aos RHS: i) as pessoas procuram o equilíbrio trabalho-vida; ii) a sua motivação envolve uma complexa estrutura de recompensas, em que os benefícios não-financeiros desempenham um papel cada vez mais importante; e iii) migração para outros trabalhos ou locais se as suas expectativas não forem alcançadas. Neste contexto, torna-se cada vez mais difícil para os gestores e decisores recrutarem e reterem uma força de trabalho da saúde qualificada e motivada. A motivação e satisfação no trabalho são factores críticos para aumentar o desempenho dos trabalhadores de saúde e, consequentemente, o desempenho do sistema de saúde. Os problemas no recrutamento e retenção conduzem à escassez da força de trabalho, enquanto a incapacidade para motivar os trabalhadores leva à diminuição da produtividade (Dolea *et al.*, 2009).

Como referido acima, vários factores podem influenciar a mobilidade dos PS, e diferentes métodos têm sido propostos para identificá-los:

- A literatura ressalta os factores “*push*”, ou factores de pressão que empurram os RHS para fora da área onde se quer a sua permanência, e “*pull*”, ou factores de atracção, que atraem os RHS para outras áreas (Lehmann, Dieleman & Martineau, 2008; Lipinge *et al.*, 2009), influenciando as suas decisões para a permanência, ou não, em zonas mais necessitadas;
- Uma outra abordagem de pesquisa inovadora e emergente – *job embeddedness* (inserção no trabalho), oferece igualmente um modelo para compreender porque as pessoas mantêm-se no emprego (Mitchell *et al.*, 2001);
- Mais recentemente tem sido empregue uma outra abordagem – o experimento de escolha discreta (*Discrete Choice Experiments* – DCE), como um instrumento para estudar os atributos de emprego que determinam as preferências dos PS na escolha do mesmo (Araujo & Maeda, 2013; WHO, 2012). Entretanto, no presen-

te estudo esta abordagem não foi utilizada, tendo em conta a realidade que se vive na província de Cabinda e em toda Angola, na qual existem restrições na entrada de PS nos serviços públicos de saúde, que leva a estes profissionais focarem seus interesses na possibilidade de ingresso nos serviços e não nas escolhas de emprego através dos seus atributos. Para esses profissionais, o mais importante é a obtenção do emprego. Após o terem conseguido adoptam estratégias de enfrentamento da situação do local onde forem colocados, o que pode passar por não se fixarem naquele local. Deste modo, torna-se uma prioridade focar nos factores “*push*”, e “*pull*”, bem como de inserção no trabalho (*job embeddedness*), identificá-los e propor intervenções que possam promover uma maior retenção dos RHS alocados em áreas mais desfavorecidas do interior.

O quarto estudo sugere políticas para aumentar a atracção e retenção de RHS em áreas rurais e remotas na província em causa, traduzindo os resultados da pesquisa em políticas para informar a tomada de decisão.

Nos últimos anos tem havido uma crescente demanda internacional por políticas de saúde baseadas em evidências confiáveis. Isto exige a necessidade de fortalecer instituições e mecanismos que possam promover interações entre pesquisadores, formuladores de políticas e outras partes interessadas que possam influenciar a aceitação dos resultados da pesquisa (Uneke *et al.*, 2015).

O *Policy Dialogue* (diálogo de Políticas) é um dos mecanismos que promove essa interacção sobre as políticas de saúde baseadas em evidências. Facilita a definição de prioridades através do desenvolvimento de uma compreensão sobre o impacto que políticas e programas podem ter em vários grupos, além de servir como um caminho para a obtenção de evidências nas políticas e nas práticas (Nabyonga-Orem *et al.*, 2016).

É neste sentido que conduzimos um *Policy Dialogue* com o potencial para servir como um mecanismo capaz de melhorar a governança e criar consenso. Este método tem sido promovido e disseminado pela OMS, considerando a necessidade de formas inovadoras de abordar as questões enfrentadas pelos países de média e baixa renda (Rajan *et al.*, 2015).

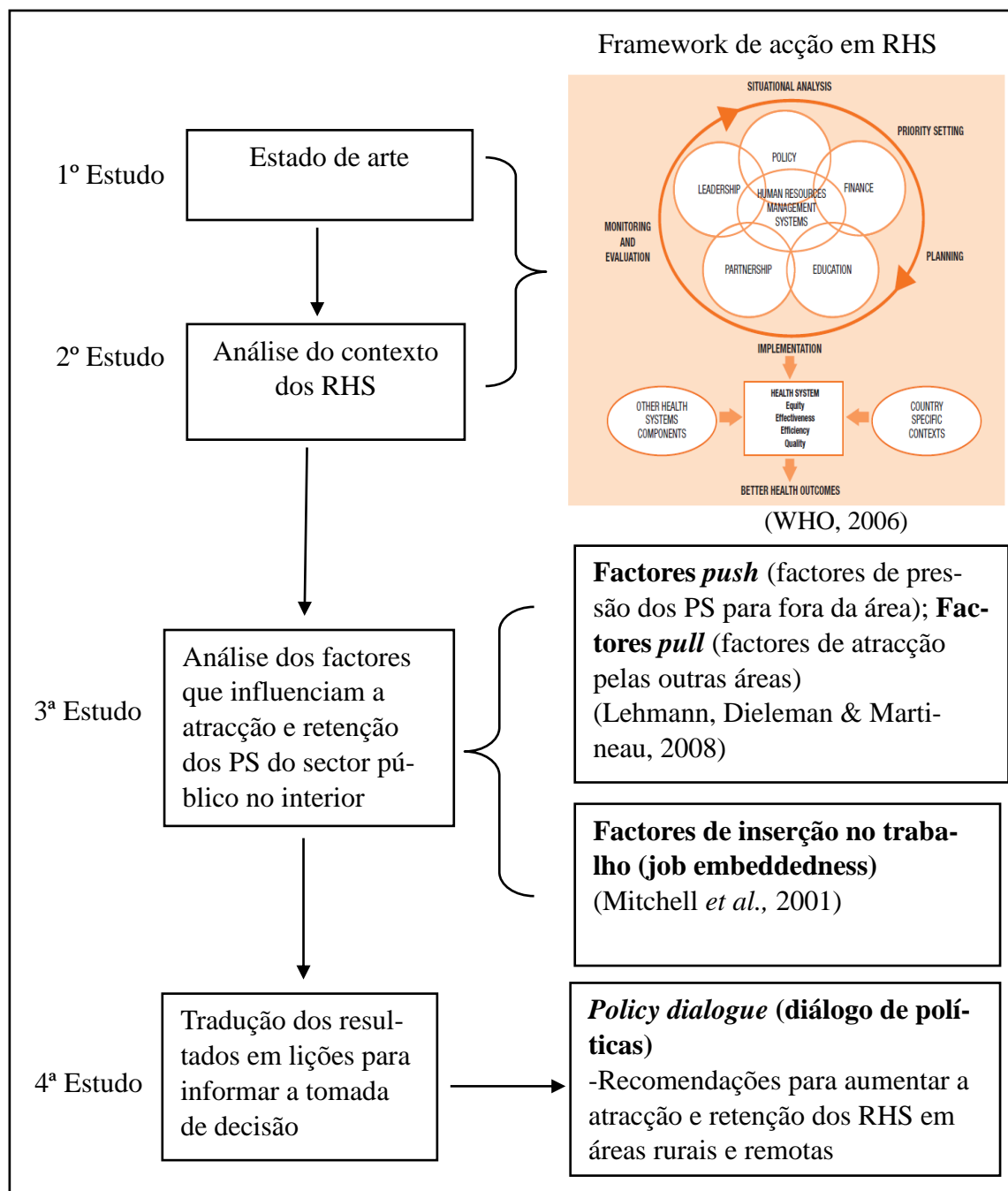


Fig. 6 – Quadro conceptual do estudo. Fonte: Adaptado de WHO (2006); Lehmann, Dieleman & Martineau (2008); Mitchell *et al.*, 2001).

1.8 Objectivos do estudo

1.8.1 Objectivo geral:

Este trabalho propõe-se a estudar os RHS da província de Cabinda, de modo a compreender o contexto que afecta a distribuição geográfica dos mesmos, bem como os factores de atracção e retenção dos PS em áreas rurais e remotas, buscando evidências para informar a tomada de decisão, com vista ao desenvolvimento de estratégias capazes de assegurar uma melhor oferta de RH nas localidades mais desfavorecidas do interior.

1.8.2 Objectivos específicos:

- **Objectivo 1** – Analisar a situação actual dos RHS da província de Cabinda, de modo a buscar um conhecimento profundo sobre os mesmos, através de abordagem do estado dos conhecimentos académicos e científicos produzidos ao nível local e internacional, e de análise do contexto dos RHS (políticas e práticas de GRH);
- **Objectivo 2** – Examinar os factores que influenciam a atracção e retenção dos PS do sector Público em áreas rurais e remotas na província em causa;
- **Objectivo 3** – Traduzir os resultados da pesquisa em políticas, através de um *policy dialogues*, para informar a tomada de decisão com vista ao desenvolvimento de estratégias que possam aumentar a retenção de PS em áreas mais desfavorecidas do interior.

2. Métodos

2.1 Caracterização do estudo

Este estudo combina as abordagens quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa foi desenvolvida para uma análise mais aprofundada dos RHS da província de Cabinda, na tentativa de explicar o contexto e os factores que influenciam a distribuição dos RH e as decisões dos PS para permanecerem, ou não, em áreas mais necessitadas.

A busca de tais explicações requer examinar diferentes dimensões relativas à acção em RHS, como foi referido: políticas, educação e formação, financiamento, parcerias, liderança e sistema de gestão, bem como os factores de atracção e retenção dos PS. Isto implica estudo descritivo para a verificação da ocorrência das práticas nestas dimensões, bem como analítico que procura analisar associações entre variáveis.

Este último vai permitir a inferência estatística para refutar ou corroborar com a hipótese colocada, o que enquadra o estudo no método hipotético-dedutivo, onde o investigador parte de um problema, no qual são formuladas hipóteses na tentativa de sua explicação e deduzir as consequências que podem ser testadas para falsear ou corroborar (Gil, 2008).

A abordagem qualitativa foi empregue para a busca de compreensão em profundidade sobre o fenómeno mediante descrições, interpretações e comparações. Para Denzin & Lincoln, os investigadores qualitativos estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenómenos nos termos dos significados que as pessoas trazem para estes (Turato, 2005).

Como tal, o interesse nesta pesquisa foi também verificar como os problemas relacionados com os RHS, nas variáveis anteriormente mencionadas, se manifestam nas actividades, nos procedimentos e nas interacções quotidianas. O significado que as pessoas atribuem a essas questões foi também o foco de atenção nesta pesquisa, onde procuramos apreender a perspectiva dos participantes sobre as mesmas.

Foram, assim, articuladas as duas abordagens quantitativa e qualitativa, cada uma com a sua aplicação apropriada: a quantitativa produz indicadores observáveis e a qualitati-

va, traz informações sobre valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (Turato, 2005).

No que diz respeito ao tempo, a presente pesquisa caracteriza-se como transversal. Todos os estudos enquadrados neste projecto são transversais (ou seccionais), visto que cada um foi realizado num determinado momento, ou seja, em um ponto no tempo (Fontelles *et al.*, 2009), conforme descrito mais adiante na apresentação dos mesmos.

As questões do rigor e da qualidade científica foram observadas com a verificação de alguns critérios:

- *Credibilidade* – capacidade de os participantes confirmarem os dados (Pereira Coutinho, 2008), obtida pela submissão dos resultados à aprovação dos próprios actores do sistema de saúde (*Workshop de Policy Dialogue*);
- *Validade* – grau em que uma medida representa precisamente o que se espera. A sua garantia requer que a pesquisa esteja aberta à verificação por outras pessoas e tenha a capacidade de generalização dos resultados (Ollaik & Ziller, 2012);
- *Transferibilidade* – possibilidade de os resultados obtidos num determinado contexto serem aplicados noutra contexto (Pereira Coutinho, 2008). Estes resultados de estudo obtidos na província de Cabinda podem ser aplicados em qualquer outra província de Angola;
- *Triangulação* – combinação de pontos de vista, métodos e fontes de dados diversificados susceptíveis de constituírem uma estratégia capaz de acrescentar rigor, amplitude e profundidade à investigação (Pereira Coutinho, 2008). Na presente pesquisa combinamos várias abordagens, fontes de informação e teorias que permitiram aumentar o rigor e a confiança nos resultados.

2.2 População e amostra

Neste estudo, o objecto de interesse a estudar são os RHS da província de Cabinda. Como tal, há a necessidades de conhecê-los de forma abrangente. Isto implica, em primeiro lugar, abordar o estado do conhecimento relativo ao problema, procurando identificar os aspectos e dimensões que vêm sendo destacados e privilegiados na literatura nacional (lo-

cal) e internacional (descrição mais detalhada na subsecção 3.2); e em segundo lugar, analisar os RHS inseridos nas US, bem como dos PS produzidos nas instituições de ensino locais, públicas e privadas. Para este efeito, a informação deve ser obtida nas instituições de saúde e de formação, através de informantes-chaves que podem fornecer dados relativos ao tamanho, distribuição e produção dos RHS, o que leva a eleger o conjunto dessas instituições (US e instituições de saúde e de ensino públicas e privadas) como a população em estudo, num universo de 203 instituições, representadas cada por um informante-chave. Este último, deve ter como perfil: ser o gestor da unidade a inquerir ou dos RH, ou ainda um PS que pode representá-la, e ter pelo menos um ano de serviço na mesma unidade.

Para a recolha de dados quantitativos, a amostra desta população foi considerada em dois estratos principais que se subdividiram em substratos, na medida em que apresenta instituições localizadas na zona urbana (cidade e arredores) e na zona do interior (áreas rurais e remotas), bem como a diversidade de características dessas instituições (descrição mais detalhada na secção 4.2). Para a informação qualitativa, 25 entrevistas dessa amostra estratificada foram incluídas por critério de saturação teórica (Flick, 2005).

Na busca dos factores de atracção e retenção dos RHS do sector público em áreas rurais e remotas (estudo 3), constitui população os PS das principais categorias (médicos, enfermeiros e TDT) nacionais que exercem suas actividades no sector público da saúde, num universo de 1660 sujeitos, considerando os dados estatísticos da Secretaria Provincial da Saúde de 2015 (Secretaria provincial da saúde 2016a), no qual é possível apreender os factores que levam esses profissionais a permanecerem, ou não, nas zonas do interior.

Deste universo foi extraída uma amostra (descrita adiante com mais detalhes na subsecção 5.2). Atendendo as várias categorias profissionais acima mencionadas, a mesma amostra foi estratificada para contemplar a representatividade de cada uma delas. Pelo facto de algumas dessas categorias terem um número ínfimo de sujeitos, como as dos médicos e dos TDT, sobretudo nos municípios de interior, a amostragem estratificada não foi construída de forma proporcional aos estratos, pois alguns deles só foi possível incluir todos os sujeitos, no caso dos médicos da área do interior.

Assim, construiu-se uma amostragem estratificada que atingiu todos os grupos profissionais em estudo com a seguinte composição: Médicos (14,1%); enfermeiros (79,2%) e TDT (13,1%).

No estudo 4 o foco foi direccionado na tradução dos resultados dos estudos anteriores em políticas. Isto levou a eleger como população os *stakeholders*, por forma a proporcionar uma oportunidade para discutir as evidências de pesquisa e outros factores que podem exercer influência na formulação de políticas. A selecção da amostra, neste contexto, consistiu na busca intencional desses *stakeholders*, de modo a abranger trabalhadores de saúde de todas as categorias, planeadores, decisores e parceiros.

2.3 Recolha de dados

A recolha de dados foi feita através de questionários e entrevistas semi-estruturadas (descritos em cada estudo) e através de um *Workshop de Policy Dialogue* realizado no estudo 4. Para os estudos 2 e 3 os participantes foram abordados nos seus locais de serviço, e para o estudo 4 os participantes foram convidados a participar do *Workshop* acima referido (descrição mais detalhada na apresentação do estudo 4).

As entrevistas foram individuais, gravadas e transcritas para análise. Todos os participantes foram informados dos objectivos de estudo, o destino exclusivamente académico da informação a recolher, a salvaguarda do anonimato e o não malefício do informante pela informação prestada.

Os dados que não podem ser obtidos pelo questionário, entrevista ou pelo *Workshop*, foram adquiridos através de estudo documental e bibliográfico em fontes primárias (relatórios, estatísticas, legislações, documentos de trabalho dos serviços de saúde, artigos científicos, teses e dissertações).

2.4 Análise de dados

Tendo sido recolhidos dados quantitativos, técnicas estatísticas foram utilizadas para a análise dos mesmos. Assim, para observar a distribuição dos RHS, foram empregues estatísticas descritivas, nomeadamente as frequências relativas (proporções em percentagem), permitindo buscar indicadores como a densidade de cada categoria profissional por 10.000 habitantes, para a visualização do tamanho dos RHS da localidade em estudo. Para além disso, as proporções em percentagem permitiram observar a ocorrência das diferentes práticas de gestão dos RH, bem como dos factores de atracção e retenção dos PS em áreas rurais e remotas.

Testes de hipóteses para igualdade de médias foram aplicados, de modo a comparar médias entre duas amostras independentes (descrição mais detalhada na subsecção 4.2); aplicados igualmente técnicas não-paramétricas como o coeficiente de *Spearman* para observar influências entre duas variáveis, procurando analisar como estas se comportam uma da outra, ou seja, em que medida as variáveis estão relacionadas entre si (Gil, 2008).

Os dados qualitativos foram analisados com o recurso à análise de conteúdo, permitindo examinar o que está por detrás das entrevistas e das questões abertas dos questionários, bem como de alguns documentos, nomeadamente os relatórios da Secretaria Provincial da Saúde de 2013 a 2016, que complementaram a informação.

Assim, foram aplicados procedimentos sistemáticos qualitativos, que obedeceram três etapas (Bardin, 1977): i) *Pré-análise* – seleção e organização do material, leituras flutuantes, focalização, simplificação e transformação dos dados originais em sumários organizados de acordo os objetivos da pesquisa. A selecção dos documentos acima mencionados obedeceu algumas regras, como a exaustividade (não deixar de fora nenhum documento sem justificação), representatividade e pertinência; ii) Exploração do material – transformação sistemática e agregação dos dados brutos em categorias, permitindo a descrição das características pertinentes do conteúdo; e iii) Tratamento dos dados – inferência e interpretação (de carácter qualitativa, fundada na presença de temas ou palavras, sem a contagem de suas frequências de aparição na comunicação individual).

3. Estudo 1: Estado de arte sobre a escassez e desequilíbrio dos RHS

3.1 Introdução

A falta de PS em número suficiente, bem como a mal distribuição dos mesmos constitui uma importante barreira para o acesso universal aos cuidados de saúde. As populações que vivem em zonas rurais e remotas, são particularmente as mais afetadas pelos défices e carências por trabalhadores de saúde.

Em qualquer parte do mundo, é um desafio atrair e reter PS para as zonas carenciadas, daí a importância de compreender os determinantes de atracção e retenção, tendo em vista a elaboração de estratégias efectivas para a resolução do problema (Dussault e Franceschini, 2006).

Isto leva-nos a considerar, para a busca da compreensão sobre os factores de atracção e retenção dos PS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda, a necessidade de conhecer, primeiramente o estado de arte relativo ao objecto.

As pesquisas denominadas “estado de arte” são de natureza bibliográfica, e procuram inventariar e sistematizar a produção científica e académica em determinada área do conhecimento. Buscam uma metodologia de carácter inventariante e descritivo dessa produção sobre o tema a investigar, à luz de categorias e facetas que identifiquem, em cada texto, e no conjunto deles as facetas sobre as quais o fenómeno vem sendo analisado (Soares & Maciel, 2000).

Nos últimos anos tem se produzido um conjunto significativo deste tipo de pesquisas que permitem avaliar a evolução e os movimentos dos estudos numa dada área de conhecimento, possibilitando manifestar a necessidade de prosseguir ou modificar o rumo das pesquisas, bem como das temáticas e metodologias (Costa, Kalhil & Boas, 2018).

Assim, o presente estudo justifica-se por possibilitar uma visão geral do que vem sendo produzido na temática em questão, mostrando as dimensões da acção em RHS que vêm sendo focadas nos estudos nacionais e internacionais, para depois buscar as áreas que ainda não foram abordadas.

Deste modo, propõe-se como objectivo geral do estudo, examinar o estado de arte relativo à escassez e desequilíbrios dos RHS, no período de 2006 a 2017.

Decidimos limitar a revisão dos estudos no período acima, por considerarmos o ano de 2006 com interesse para verificar a produção científica e académica após a OMS, a partir do seu relatório *Working together for health* (WHO, 2006) ter chamado atenção sobre a crise dos RHS, no qual Angola consta como um dos países onde esta crise está presente; e o ano de 2017 para obter informação mais recente, uma vez que terminamos o nosso estudo empírico neste ano.

Como objectivos específicos foram definidos os seguintes:

1. Inventariar os estudos focados em cada uma das dimensões da acção em RHS, quer no contexto nacional, quer internacional;
2. Discutir as questões fundamentais dos RHS identificadas nos estudos revisitos.

3.2 Materiais e métodos

Conforme referido anteriormente, este estudo utiliza o quadro de acção em RHS proposto pela OMS para os países lidarem com a escassez dos RHS (fig. 5). Assim, os estudos foram categorizados nas dimensões que o quadro apresenta. A inclusão dos mesmos foi feita de acordo com os seguintes critérios: Enquadrar-se entre os anos considerados; abordar pelo menos uma das dimensões de RHS em análise, quer ao nível de Angola, quer ao nível internacional; e serem escritos numa das línguas: Português, inglês, espanhol. Excluem-se os estudos fora destes critérios, e aqueles que não apresentam resumo, não enquadram uma metodologia e não focam em nenhuma das dimensões referidas. A literatura cinzenta não foi incluída.

As buscas foram feitas em bases de dados internacionais *PubMed* e *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*), complementadas com *WHO/Bulletin of the World Health Organization* e Google Académico, utilizando os seguintes descritores: em inglês, *human resources health, scarcity, imbalance, attraction, retention in rural and remote areas*; em português, *atração retenção recursos humanos saúde cabinda angola*.

Esses descritores foram utilizados combinados em cada base de dados: "*Hum Re-sour Health*"[jour] em *PubMed*; (*human resources for health*) OR (*scarcity and imbalance*) em *SciELO*; human resources for health attraction and retention in rural and remote áreas em *WHO/Bulletin of the World Health Organization*; e atracção retenção recursos humanos saúde cabinda angola, em google académico. A pesquisa gerou, em *PubMed* um total de 854 artigos; em *SciELO* 548; em *WHO/Bulletin of the World Health Organization* 151, e na Google académico apenas 4 vistos pelos títulos.

Inicialmente a selecção dos textos foi feita a partir da leitura de seus títulos e resumos e, quando adequados foram lidos e analisados na íntegra. Com a utilização dos critérios de inclusão e exclusão descritos, obtivemos um total de 300 estudos incluídos na análise, conforme o fluxograma abaixo (Fig. 7):

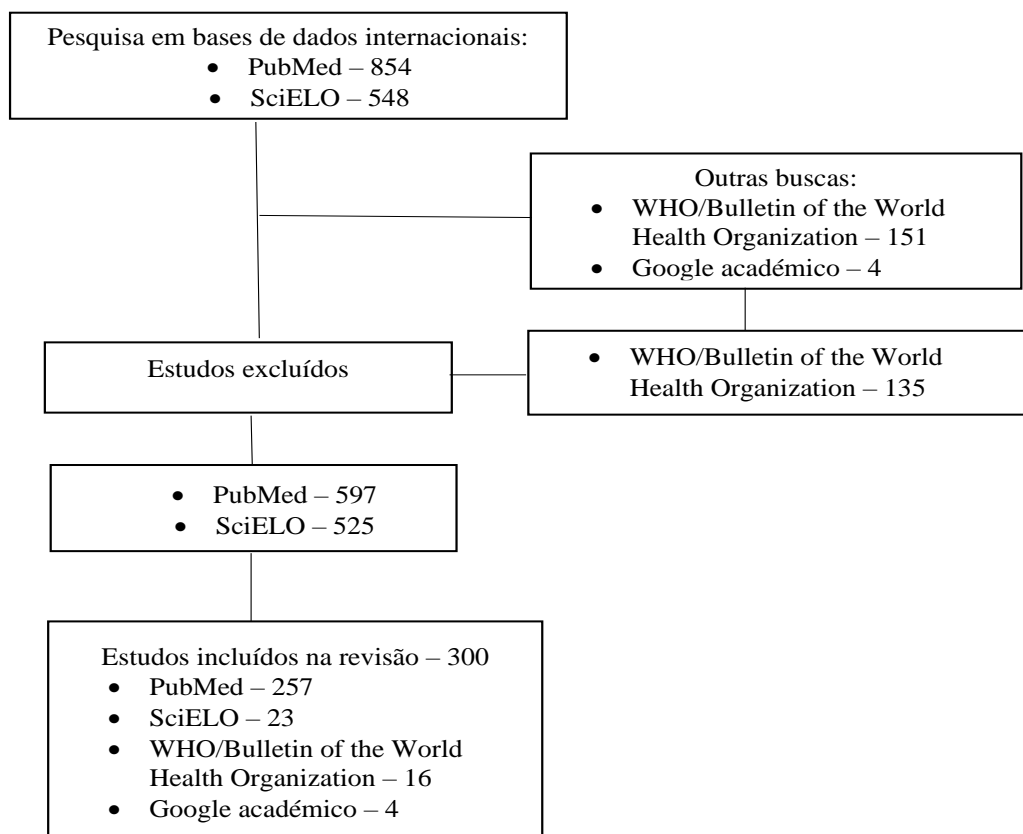


Fig. 7 Fluxograma do processo de selecção dos estudos incluídos na revisão bibliográfica.

Fonte: Construído pelo autor

O processo de análise passou pela sumarização e categorização dos estudos científicos, numa base de dados criada através de uma tabela que contempla o número de ordem, ano de publicação, revista, autor (es), título, dimensão focada, métodos, resultados e conclusão. Isto permitiu a análise estatística, bem como a interpretação dos factores que se mostram relevantes dos estudos.

Não se pretende aqui avaliar as melhores evidências, mas sim, uma descrição que consistiu na observação quantitativa da frequência e percentagens dos artigos em cada categoria e, um exame qualitativo que incidiu na descrição dos factores focalizados em cada uma das categorias

3.3 Resultados

Dos 300 estudos seleccionados, 7 (2%) abordam as questões dos RHS ao nível nacional, isto é, no contexto angolano, e um grande número, 293 (98%) em vários contextos do mundo.

Dos estudos nacionais 2 (29%) tratam dos RHS da província de Cabinda, e outros 5 (71%) de outros contextos do país.

Esses estudos focam principalmente quatro dimensões da acção em RHS (tabela. 1): Educação (42,8%); Sistema Gestão RH (28,6%); Política (14,3%) e Parcerias (14,3%).

Tabela 1. Dimensões da acção em RHS focadas nos estudos nacionais

Dimensão da acção em RHS focada	Nº estudos	%
Educação	3	42,8
Sistema Gestão RH	2	28,6
Política	1	14,3
Parcerias	1	14,3
Total	7	100

Fonte: Construída pelo autor

Os poucos estudos encontrados realçam a escassez e má distribuição dos RHS. Um estudo aborda as políticas com uma avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde que foi lançado na província de Luanda (Giugliani et al., 2014). Os agentes comunitários de saúde têm sido propostos como um meio de colmatar as lacunas no acesso aos cuidados de saúde materno-infantil.

Três estudos focam os desafios na educação médica e de enfermagem, destacando a necessidade de incorporar novas abordagens curriculares, aquisição e desenvolvimento de competências de investigação científica, inovação dos métodos de ensino e incorporação de novas tecnologias na educação e prática médica, contribuição para o reforço e melhoria da distribuição de médicos (Ferreira *et al.*, 2014); bem como os desafios relacionados a falta de infra-estruturas, recursos materiais e humanos, e problemas burocráticos para a regularização das escolas de enfermagem (Marchi-Alves et al., 2013).

Importantes aspectos de planeamento são destacados, como a planificação da formação dos médicos conjuntamente com a formação dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, mesmo dos técnicos e gestores, ao contrário do que acontece, em que cada profissão é pensada, cada currículo é desenhado independentemente dos demais cursos da saúde (Fresta, 2016).

O estabelecimento de parceria foi também uma preocupação de um estudo que aborda a importância de cooperação internacional, onde mostra que para Angola lidar com o problema da escassez de médicos o governo estabeleceu cooperação internacional com Cuba para a provisão destes profissionais (Alves *et al.*, 2017).

Ao nível da província de Cabinda, os dois estudos encontrados, um descreve a escassez de médicos na província, que constitui uma barreira ao acesso universal dos serviços da saúde (Oliveira & Artmann, 2007); e o outro apresenta os primeiros resultados do presente trabalho, onde analisa o contexto que afecta a distribuição geográfica dos RHS (Macaia & Lapão, 2017).

Pode-se constatar que os estudos procuram descrever o problema dos RHS e algumas soluções implementadas. Porém, os factores que podem influenciar esse problema não são estudados em profundidade, o que abre aqui uma vasta agenda de pesquisas em RHS, quer no âmbito nacional, quer subnacional.

Algumas soluções encontradas como a cooperação internacional com Cuba e vários países (Coreia do Norte, Vitnam, Russia e outros), também sugerem uma ampla agenda de pesquisa que pode abordar vários aspectos, como os resultados das cooperações, as percepções dos próprios profissionais envolvidos e outros.

Ao nível internacional, a literatura é vasta, e aborda quer o contexto dos países desenvolvidos, quer em desenvolvimento, focando as seis dimensões da acção em RHS (tabela 2):

Tabela 2. Dimensões da acção em RHS focadas nos estudos internacionais

Dimensão da acção em RHS focada	Nº estudos	%
Sistema Gestão RH	191	65,2
Política	69	23,5
Educação	15	5,1
Liderança	7	2,4
Financiamento	6	2,0
Parcerias	5	1,8
Total	293	100

Fonte: Construída pelo autor

Destacam-se as dimensões de Sistema de Gestão dos RH com a grande maioria dos estudos (65,2%), seguida da Política com 23,5% dos estudos.

Este facto pode dever-se à uma variedade de questões e práticas de GRH que essas dimensões envolvem: No Sistema de GRH incluem-se práticas como o recrutamento, a distribuição, retenção, remuneração, incentivos, desempenho e avaliação dos trabalhadores da saúde e outras; nas Políticas estão envolvidas uma variedade de práticas como o planeamento, diretrizes políticas, desenvolvimento de infra-estruturas, orientações em termos de organização, e outra.

De uma forma geral, dentro das dimensões da acção em RHS os estudos exploram várias questões fundamentais com implicações na escassez e desequilíbrio da força de trabalho da saúde, quantitativamente resumidas abaixo (tabela 3):

Tabela 3 Questões fundamentais exploradas nos estudos revisados

Questões dos RHS exploradas nos estudos	Nº estudos	%
Desenvolvimento da força de trabalho em saúde (políticas e planeamento)	67	19,6
Regras, regulamentos e legislação para condições de emprego	3	0,9
Distribuição da força de trabalho	40	11,7
Mix de habilidades	3	0,9
Mercado de trabalho da saúde	3	0,9
Recrutamento	47	13,7
Satisfação no trabalho	35	10,2
Migração, rotatividade	24	7,0
Retenção de PS: incentivos financeiros e não financeiros.	48	14,0
Desempenho e produtividade do pessoal	5	1,5
Dupla prática e absentismo	2	0,6
Supervisão	4	1,2
Sistema de informação dos RHS	4	1,2
Monitorização dos RH	4	1,2
RH para programas prioritários da saúde (VIH/SIDA, imunização, saúde materna e infantil, e outros)	8	2,3
Investigação em RHS	9	2,6
Mobilização de recursos financeiros	6	1,8
Produção, treinamento de PS qualificados	15	4,3
Formação de agentes comunitários de saúde	2	0,6
Ligações das partes interessadas e processos de cooperação	6	1,8
Governança e capacidade de liderança	7	2,0
Total	342	100

Fonte: Construída pelo autor

3.4 Discussão

Os estudos revistos realçam a importância dos RHS como um componente chave para alcançar progressos em direcção à cobertura universal de saúde, e reforçam a questão da escassez e desequilíbrio dos RH identificada no relatório da OMS de 2006 *Working together for health* (WHO, 2006), como uma barreira para o alcance dos Objectivos do Desenvolvimento sustentável, sobretudo nos países de baixa e média renda (Bertone & Witter, 2015; Soto, 2011; Alves *et al.*, 2017; Sousa *et al.*, 2014; Snow *et al.*, 2011).

A densidade dos trabalhadores de saúde, na maioria dos países subsaarianos está abaixo do recomendado pela OMS, num mínimo de 2,5 trabalhadores de saúde por mil habitantes para conseguir alcançar 80% de intervenções essenciais em saúde, enquanto suportam altas cargas de doenças (Belita, Mbindyo, English, 2013), situação que tem sido descrita como a crise dos RHS. A essa escassez dos RHS é atribuída à baixa produção de novos PS, a migração para outros sectores e para os países mais lucrativos, falta de retenção e outros factores relacionados, incluindo má remuneração e condições de trabalho adversas (Manzi *et al.*, 2012).

Os estudos destacam também que a disponibilidade de PS nos países de baixa e média renda é prejudicada pelo congelamento de contratações de trabalhadores, factores de "push" e "pull", com a promoção de migração para países de alta renda. Factores similares também criam uma distribuição desigual dos PS dentro do país, afectando especialmente as zonas rurais, e promover fuga de cérebros, absentéismo, entre outros problemas (Belita, Mbindyo, English, 2013).

A má distribuição dos RH exacerba as desigualdades de acesso aos cuidados básicos de saúde e, portanto, contribui para a redução dos resultados em saúde das populações de áreas carenciadas. Embora esta questão seja mais aguda para os países em desenvolvimento, países desenvolvidos também enfrentam problemas semelhantes de escassez e distribuição desigual dos RH (Lagarde & Blaauw 2009). Isto indica que o problema é transversal a todos os países e tem graves efeitos sobre os sistemas de saúde.

A literatura internacional, para além de destacar o problema dos RHS e dos factores que o influenciam, mostra algumas soluções experimentadas e alguns progressos alcança-

dos em RHS de vários países. Apresenta por exemplo, as lições de políticas de RHS de quatro países que alcançaram melhorias sustentadas na cobertura universal de saúde: Brasil, Gana, México e Tailândia (Campbell *et al.*, 2013). No entanto, sublinha que estratégias específicas de cada país exigem exame dos factores subjacentes à escassez dos RH, análise dos determinantes da motivação e retenção dos trabalhadores da saúde e avaliação das iniciativas inovadoras para manter uma força de trabalho competente e motivada. A pesquisa e avaliação contínuas são factores fundamentais para fortalecer a base de conhecimentos e auxiliar o desenvolvimento de pacotes de incentivos eficazes para os PS (Pong *et al.*, 2008).

Vários estudos revistos mostram essa preocupação, sobretudo focada na avaliação dos factores de atracção, motivação e retenção dos PS (Henderson LN & Tulloch, 2008; Witter *et al.*, 2011; Mathews *et al.*, 2012). Um aspecto não muito explorado na literatura são os mecanismos de recrutamento do pessoal, sobretudo no contexto dos países de baixa e média renda, que poderiam avaliar os processos de recrutamento para determinar os seus efeitos sobre o equilíbrio da força de trabalho da saúde. Abre-se aqui mais uma oportunidade de pesquisa, particularmente no contexto de Angola, no sentido de compreender esses processos e seu contributo no fortalecimento dos RHS.

3.5 Conclusão

Este estudo permitiu inventariar a produção científica e académica relativas a escassez e mal distribuição dos RHS, fornecendo uma visão geral sobre o que tem sido abordado ao nível nacional e internacional. Foram encontrados dois estudos que abordam o assunto no contexto da província de Cabinda e cinco nos outros contextos de Angola. As dimensões da acção em RHS focadas incluem-se o Sistema de gestão dos RH, educação, políticas e parcerias. Ao nível internacional, a literatura é vasta, no período estudado foram encontrados 293 estudos que focam todas as dimensões da acção em RH, com destaque para o Sistema de GRH e políticas que enquadram a maioria. Dentro das dimensões focadas os estudos discutem várias questões, com realce para a escassez e desequilíbrio da força de trabalho que constitui uma importante barreira no acesso universal aos serviços de saúde.

4. Estudo 2: Análise do contexto dos RHS da província de Cabinda

4.1 Introdução

O acesso universal aos serviços de saúde não pode ser alcançado sem o equilíbrio na distribuição da força de trabalho entre as zonas urbana e rurais ou isoladas e entre as regiões ricas e pobres (Dussault & Dubois, 2003).

Como tal, os formuladores de políticas enfrentam desafios para assegurar um fornecimento e distribuição adequados de RHS capacitados, bem como a gestão do desempenho dos mesmos na prestação de serviços, especialmente nos países de média e baixa renda (Chopra *et al.*, 2008).

Em resposta a crise dos RHS existe uma crescente necessidade pelos países em desenvolver e implementar intervenções que visam enfrentar questões complexas, como a migração de PS, a necessidade de tornar o sistema de saúde mais sensível às mudanças demográficas e ao envelhecimento da população, e ao desafio de garantir a presença de PS nas localidades mais necessitadas (Dal Poz *et al.*, 2015).

Uma variedade de intervenções pode ser combinada para melhorar o acesso aos RHS através da retenção dos mesmos (Dolea *et al.*, 2009). Como foi referido anteriormente, a OMS recomenda que a escolha de intervenções para aumentar o acesso aos trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas através da retenção deve ser baseada num conhecimento aprofundado da realidade (WHO, 2010).

A iniciativa conjunta de aprendizagem, uma rede independente de mais de 100 líderes de saúde também recomenda que todos os países devem reforçar os dados nacionais, informação, análise e pesquisa em RHS. Sublinha a importância de contar todos os trabalhadores da saúde, agrupá-los em suas categorias e funções para melhorar o planeamento, desenvolvimento de políticas e programas (Chen *et al.*, 2004).

Assim, a identificação e desenvolvimento de intervenções para o equilíbrio dos RHS exige uma compreensão abrangente da situação actual dos mesmos e das práticas de planeamento e gestão com uma visão global nas questões geralmente reconhecidas como

grandes desafios da GRH, designadamente: políticas, regulação e planeamento; gestão e melhoria de desempenho; mercado de trabalho; educação, formação e investigação; RHS e programas prioritários de saúde; monitorização e avaliação (WHO, 2004a).

Uma abrangente identificação, descrição e análise da situação dos RHS é fundamental e constitui a base sobre a qual as políticas ou planeamento podem ser desenvolvidos ou revistos (Nyoni *et al.*, 2006). A débil base de conhecimentos sobre os RHS dificulta o planeamento e o desenvolvimento de políticas e operações de programas (Chen *et al.*, 2004).

Em muitos países, sobretudo os Subsaarianos, o estado actual dos trabalhadores de saúde, em termos de número e categorias, padrões de distribuição, de práticas e de atrito não é bem documentado e, como consequência, as medidas tomadas para a melhoria da situação dos RHS não são eficazes (Nyoni *et al.*, 2006). É uma realidade infeliz que os países com mais necessidade de reforçar os seus RHS tenham tendência para ter os dados e informações mais fragmentados e menos fiáveis (Dal Poz *et al.*, 2009).

Em uma revisão sistemática de literatura desenvolvida por Chopra *et al.* (2008), foram encontradas lacunas significativas no conhecimento sobre a forma como os mecanismos de formação, regulamentação e financiamento afectam o fornecimento, distribuição e desempenho dos trabalhadores de saúde.

Em Angola, a Política Nacional de Saúde preconiza que as decisões no processo de gestão do sistema de saúde devem ser baseadas em dados factuais e, identifica a investigação em saúde como ferramenta fundamental para gerar conhecimentos sobre os sistemas e os problemas de saúde e outras informações que não forem disponibilizadas pelo sistema de informação de rotina (Decreto Presidencial nº 262/10, de 24 de Novembro).

Porém, como foi visto anteriormente, as pesquisas em RHS, sobretudo no contexto da província de Cabinda são escassas.

Como tal, este estudo justifica-se, na medida em que vai analisar a situação actual dos RHS, procurando compreender o contexto que afeta a distribuição geográfica dos mesmos. Isto permite buscar informações e conhecimento abrangentes para informar o desenvolvimento de estratégias capazes de assegurar uma maior oferta de PS em áreas rurais e remotas.

O contexto no qual as intervenções sobre os RHS são implementadas influencia os resultados dessas mesmas intervenções, o que impõe questionar sobre o que funciona numa determinada intervenção ou programa, para quem funciona e em quê circunstância (Dieleman, Gerretsen & Wilt, 2009).

É com esta intenção que partimos com a seguinte questão de investigação: *“Quais são os factores contextuais que influenciam a distribuição geográfica da força de trabalho da saúde na província de Cabinda?”*

Conforme mencionado atrás, a OMS sugeriu um quadro de acção em RHS (figura 5) que apresenta seis dimensões. Uma análise das práticas de GRH nessas dimensões permitirá responder à questão acima colocada, diagnosticando o contexto que afecta a distribuição geográfica dos RHS, obtendo-se assim, uma informação baseada em evidências, que possa ajudar os decisores a definir estratégias com vista a melhoraria do equilíbrio geográfico dos RHS.

4.1.1 Hipótese do estudo

Partimos como hipótese de que *“a província de Cabinda, nas suas estratégias de RHS, não tem abordagens específicas para áreas rurais e remotas”*.

Argumenta-se esta suposição pelo facto de que embora Angola não tem ainda aprovado a Política Nacional de RHS (até ao momento da realização desta pesquisa), os serviços de saúde nas províncias são desconcentrados da administração central. As administrações provinciais definem instrumentos e acções para a realização das funções do estado e promoção do desenvolvimento harmonioso e sustentado da província (Lei 15/16, de 12 de Setembro). Isto inclui as políticas para os diversos sectores da província e, neste caso, as políticas de saúde, obviamente, sem pôr de parte os RH.

É neste âmbito da desconcentração administrativa que a província de Cabinda exerce a sua acção em RHS. Porém, conforme descrito anteriormente, existem ainda dificuldades no acesso aos RHS, principalmente nas localidades do interior e vários serviços assegurados por PS com formação de nível médio, ou ainda básica (Oliveira, 2005; Simão, 2010).

O processo de recrutamento dos RHS é centralizado e não existem regras formalmente estabelecidas para o recrutamento de RHS em áreas rurais e remotas.

Como é evidenciado por estudos, as intervenções de GRH podem melhorar o desempenho dos trabalhadores de saúde, mas que diferentes contextos produzem resultados diferentes (Dieleman, Gerretsen & Wilt, 2009). Assim, as abordagens de RH para as áreas rurais devem ser diferentes com as das áreas urbanas. Na Zâmbia por exemplo, os distritos são categorizados de acordo com a sua ruralidade e afastamento em categorias A, B, C e D, sendo D o mais rural e desvantajoso (Dieleman & Harnmeijer, 2006).

Um estudo de Purohit & Martineau (2016) na Índia destacou, como um dos factores que influenciam negativamente a atracção e retenção de médicos no sector público, a generalização das directrizes de recrutamento, regras muito abrangentes, fragmentadas e pouco transparentes.

Isto justifica a necessidade de haver, nas políticas de RHS, abordagens diferentes para cada uma das áreas (por exemplo estratégias para a retenção de PS em áreas do interior; planeamento de RH para as US das áreas urbanas, ou dos programas prioritários da saúde). A nossa suposição é que os RHS são tratados da mesma forma, sem estratégias definidas para as diferentes áreas geográficas.

4.1.2 Objectivos do estudo

Como objectivo geral deste estudo, pretende-se analisar a situação actual dos RHS da província de Cabinda, procurando um conhecimento abrangente sobre os mesmos, através da análise das práticas de planeamento e gestão dos RH implementadas.

Objectivos específicos:

1. Observar a evolução dos RHS nos últimos 5 anos na província de Cabinda (2013 a 2017), o tamanho e a distribuição das principais categorias de PS (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica);
2. Analisar as práticas implementadas nas diversas dimensões da acção em RHS.

4.2 Materiais e métodos

Como foi dito, este estudo analisa o contexto dos RHS da província de Cabinda nas dimensões de Sistema de GRH, Políticas, Financiamento, Educação, Parceria e Liderança, abordando as práticas implementadas em cada uma dessas dimensões.

Relativamente ao sistema de GRH, é importante salientar que as avaliações de RHS têm, tradicionalmente, enfatizado o tamanho da força de trabalho, capacidades e distribuição. As práticas de GRH são essenciais para a retenção dos PS. Essas práticas incluem uma variedade de componentes como o planeamento, recrutamento, gestão e melhoria de desempenho, remuneração, regulamentação, formação e treinamento, avaliação entre outras (Bossert *et al.*, 2007).

Com o efeito, estatísticas descritivas e testes de igualdade de médias foram empregues para a obtenção de indicadores quantitativos, permitindo a observação da evolução e da densidade da força de trabalho, bem como as proporções em que são praticadas as diferentes acções de GRH nas US.

Os Testes de igualdade de médias foram aplicados de modo a comparar a cobertura de pessoal entre a zona urbana e rural, onde a $H_0: \mu_1 = \mu_2$; $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$ (H_0 : hipótese nula, H_1 : hipótese alternativa, μ_1 – média na zona urbana; μ_2 – média na zona rural), e a regra do teste t , rejeitar a H_0 se P -value ou significância $< \alpha = 0,05$.

Os testes estatísticos de hipóteses calculam a probabilidade de o evento pesquisado ocorrer assumindo-se que a hipótese nula seja verdadeira (Rodrigues, Lima & Barbosa, 2017). Essa probabilidade é conhecida como valor de p (nível de significância), que a maioria dos estudos define em 0,05 (Windish & Diener-West, 2006).

Se o valor de p calculado pelos testes estatísticos for menor do que o nível de significância, pode-se rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese alternativa que diz haver diferença ou associação entre os grupos estudados (Biau, Jolles & Porcher, 2010).

A hipótese nula refere-se à ausência de efeito ou de associação (Rodrigues, Lima & Barbosa, 2017). Neste estudo, pretende-se aplicar o teste de hipótese para verificar a hipótese colocada, através da informação estatística que mostra se existe ou não diferença no

tratamento entre a área urbana e rural em termos de cobertura em PS, reflectindo as políticas e práticas de GRH.

Assim, a hipótese nula diz que “as abordagens de políticas entre a zona rural e a urbana não são diferentes”. Se a hipótese nula for verdadeira, essa situação não existe. Se rejeitada, passa-se a aceitar a hipótese alternativa, que diz haver essa situação.

Para essas análises utilizamos como recursos o *software* SPSS versão 23. Algumas observações, como a evolução dos RHS foram feitas com recurso a Excel 2013.

A abordagem qualitativa foi utilizada para uma compreensão mais profunda das práticas de GRH nas dimensões analisadas quantitativamente (financiamento e sistema de GRH) e nas outras: políticas, educação, parcerias e liderança cuja informação mais relevante é qualitativa, partindo das manifestações e actividades dos indivíduos nos seus próprios contextos (Flick, 2005).

Recorreu-se, para o efeito, às técnicas de análise de conteúdo (como descrito anteriormente) permitindo analisar quer as questões abertas do questionário, quer as entrevistas e os relatórios da Secretaria Provincial da Saúde que complementaram a informação.

Relativamente às fontes da recolha de dados, conforme referido na subsecção 2.2, estas foram constituídas por um conjunto de US e instituições de saúde e de formação num universo de 203 instituições, públicas e privadas, representadas cada por um informante-chave, localizadas em toda extensão da província de Cabinda, ou seja, nos quatro municípios que compõem a província.

Esta localização das instituições, bem como a diversidade de suas características levou-nos a construir uma amostra estratificada que considerou, primeiramente, a distribuição geográfica, o que resultou em dois estratos principais: o da zona urbana e o da zona rural.

Esses dois estratos, por sua vez, foram subdivididos: o da zona urbana em dois, considerando a diversidade das características institucionais. Assim, as US (hospitais, centros e postos de saúde) foram separadas das instituições da saúde (serviços centrais, como a Secretaria Provincial da Saúde, e os serviços da saúde pública) e de formação (Faculdade de Medicina, Institutos Superiores Politécnicos e Escolas de Formação de Técnicos de Saúde); o estrato da zona rural, igualmente subdividido em dois, tendo em conta as características

das US das vilas municipais e das comunas e aldeias, onde as unidades dessas últimas localidades concentram um número de profissionais muito pequeno.

A zona urbana que contempla as maiores US públicas e privadas e instituições de saúde e de ensino ficou representada com 60,7% da amostra e a zona do interior com 39,3% obtendo-se, assim, uma amostragem estratificada proporcional que alcança sujeitos de todas as localidades da província de Cabinda, conforme esquematizado na figura 8.

Foram excluídos do estudo as farmácias privadas, que embora empregam PS, estes têm como função primordial a venda de medicamentos, e não se reveem na problemática desta pesquisa focada em pessoal prestador de cuidados de saúde que deve ter uma distribuição equilibrada entre as zonas urbana e rural/remota.

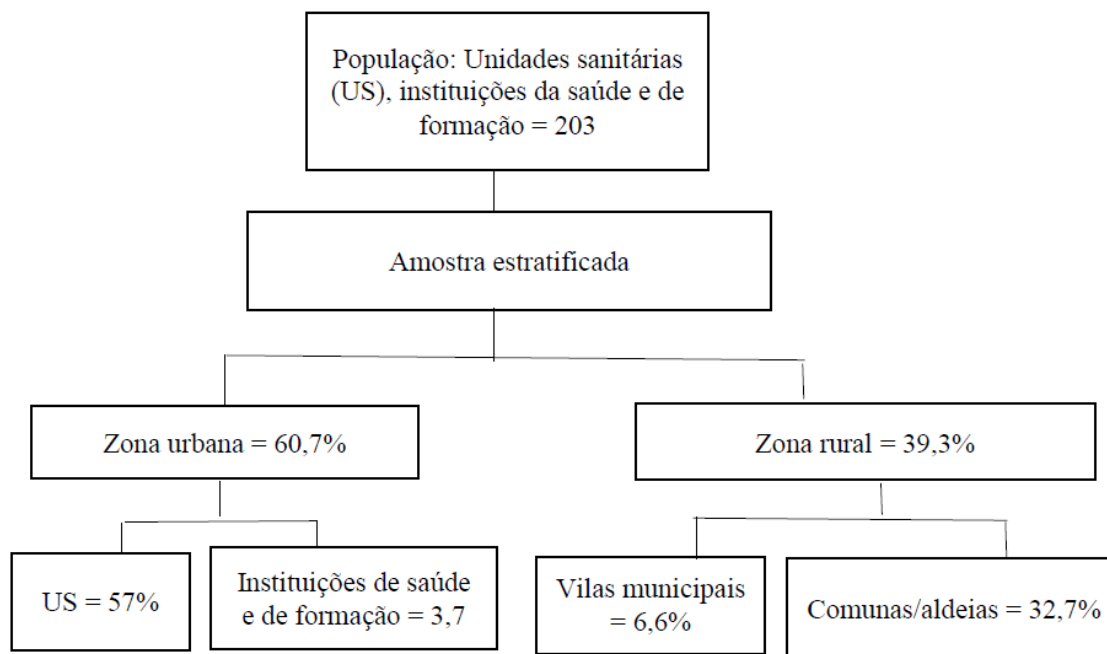


Fig. 8 Amostragem estratificada, estudo 1. Fonte: Contruido pelo autor

Foi elaborado um questionário (ver questionário estudo I em anexos 5) com perguntas fechadas e abertas relativas às práticas de GRH nas diferentes dimensões do quadro de acção em RHS descrito anteriormente. O questionário contempla uma parte introdutória que orienta o inquirido no preenchimento do mesmo, e duas partes principais: a parte I que

caracteriza o informante e a sua unidade sanitária, e a parte II que questiona sobre as práticas de GRH. Apresenta questões fechadas de 2-5 opções de respostas (dicotómicas e ordinais), com linhas abertas para o informante expressar as suas ideias, e em escala intervalar, onde a resposta do inquirido é expressa quantitativamente.

Para a análise de conteúdo das respostas às questões abertas, as identidades dos participantes foram codificadas em QUEST. 1, 2... (questionário 1,2...).

Foram igualmente aplicadas entrevistas semi-estruturadas para a obtenção de informações que não podem ser quantificadas. De acordo com o tipo de informação necessária elaboramos três guiões de entrevistas (ver em anexos 5): um guião para planeadores e decisores em saúde, um para PS e um para formadores. Totalizaram 25 entrevistas que foram gravadas nos locais de trabalho e transcritas para análise com a codificação das identidades dos participantes em ENT1, ENT2...ENT25 (Entrevista 1, 2...25).

Pesquisa documental em fontes primárias (relatórios, estatísticas dos serviços de saúde e das instituições de formação, legislação) complementou a informação que não pode ser obtida por meio de questionário ou de entrevista.

O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Conselho Científico e submetido ao Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (pareceres em anexo 2), e às autoridades de Saúde da província de Cabinda (ofícios em anexo 3).

A recolha de dados ocorreu nos meses de Fevereiro e Março de 2015. Todos os participantes receberam informação e esclarecimentos antes de participar do estudo (termo de consentimento informado em anexo 4).

Atendendo às mudanças que foram ocorrendo ao longo do tempo que durou esta pesquisa, com entradas e saídas de trabalhadores no sistema de saúde, os dados estatísticos foram sendo actualizados até 2017, para que se possa observar a situação dos RH mais recente.

4.3 Resultados

Como foi exposto anteriormente, para analisar o contexto dos RHS da província de Cabinda foram recolhidos dados em US e instituições da saúde e de formação através de informantes-chaves. De toda a amostra estratificada descrita, 70,5% é composta por US e instituições públicas; 26,2% privadas e 3,3% militares.

Dos informantes-chaves 61 sujeitos forneceram informação das US através de questionário. Estes indivíduos têm uma média de idade de 46 anos; 68,9% são do sexo masculino, 31,1% feminino; 13,1% médicos, 63,9% enfermeiros, 6,6% técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT), e 16,4% outras profissões.

Nas entrevistas forneceram informação 25 informantes-chaves. Destes 20% são indivíduos que actuam no planeamento dos RHS das US, 4% tomadores de decisões em saúde, 16% formadores de RH e 60% PS.

Das fontes primárias consultadas incluem-se: 4 relatórios da Secretaria Provincial da Saúde e 3 das instituições de ensino; 11 Decretos-leis, 6 documento de trabalho e 1 plano nacional do Ministério da saúde.

Para melhor compreensão da situação actual dos RHS na província de Cabinda, em termos de políticas e das práticas de gestão foram analisadas várias questões: i) a caracterização da rede dos serviços de saúde onde estes RH actuam; ii) a evolução dos trabalhadores da saúde do sector público nos últimos 5 anos (2013 a 2017); iii) a distribuição e a densidade dos RHS; iv) a implementação de políticas, regulação e planeamento; v) o financiamento; vi) a gestão e melhoria do desempenho; vii) a formação; viii) a investigação; ix) mercado de trabalho dos RH; x) a liderança e capacidade de gestão; e xi) as parcerias.

i) Caracterização da rede dos serviços de saúde

Na província em estudo encontram-se US do 1º nível (postos e centros de saúde, hospitais municipais e outras unidades equivalentes), e do 2º nível (hospital geral e hospitais especializados), distribuídos conforme ilustrado nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Distribuição das US públicas na província de Cabinda em 2016.

Município	Unidades Hospitalares		Centros de Saúde	Postos de Saúde	Subtotal
	H. Geral/Mun.	H. Espec.			
Cabinda	2	3	13	29	47
Cacongo	1		2	17	20
Buco-Zau	2		2	19	23
Belize	1		3	9	13
Total		9	20	74	103

Fonte: Secretaria Provincial da Saúde de Cabinda (2016b).

A província tem um total de 103 US públicas de diversas categorias. O município sede (Cabinda) que alberga a zona urbana detém as maiores US: 1 hospital geral (Hospital Provincial de Cabinda), 3 hospitais de especialidade (o Materno-infantil, o de Infectocontagioso, e uma Clínica de Especialidade), e 1 hospital municipal, para além de centros e postos de saúde, o hospital militar regional e outros serviços de saúde militar e para-militar. Cada município possui 1 hospital municipal e vários centros e postos de saúde. O município de Buco-Zau detém ainda 1 hospital geral, de carácter regional para atender as necessidades da região norte da província (Municípios de Buco-Zau e Belize).

Quanto a rede privada, conforme exposto na tabela 5, a província conta com 96 US de diversas categorias: clínicas, centros médicos, consultórios médicos, postos de enfermagem, e laboratórios de análises clínicas.

Tabela 5 – Distribuição das US privadas na província de Cabinda em 2017

Tipo de Unidade	Número
Clínicas	7
Centros médicos	63
Consultórios médicos	02
Postos de enfermagem	16
Laboratórios de análises clínicas	8
Total	96

Fonte: Secretaria Provincial da Saúde de Cabinda (2017)

ii) *Evolução dos trabalhadores da saúde do sector público nos últimos 5 anos (2013 a 2017)*

A evolução dos trabalhadores da saúde no sector público nos últimos 5 anos (2013 a 2017) sofre oscilações (tabela 6).

Verifica-se descidas e subidas dos números de trabalhadores em todas as categorias, com destaque para uma descida acentuada dos médicos estrangeiros em 2017, e uma ligeira subida dos nacionais (angolanos) no mesmo ano.

Tabela 6 – Evolução dos RHS do Sector Público da província de Cabinda nos últimos 5 anos (2013 – 2017)

Ano	Médicos			Enfermeiros	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT)	Pessoal Administrativo e Apoio hospitalar	Total
	Nacionais	Estrangeiros	Sub-total				
2013	51	86	137	1267	367	905	2676
2014	47	95	142	1261	355	937	2695
2015	52	99	151	1235	373	861	2620
2016	49	99	148	1192	359	854	2572
2017	68	57	125	1218	358	838	2564

Fonte: Adaptado de Secretaria Provincial da Saúde (2013a); (2015); (2016a); (2016b); (2017).

Através do gráfico abaixo (figura 9), pode ser observada a evolução dos trabalhadores nacionais no mesmo período:

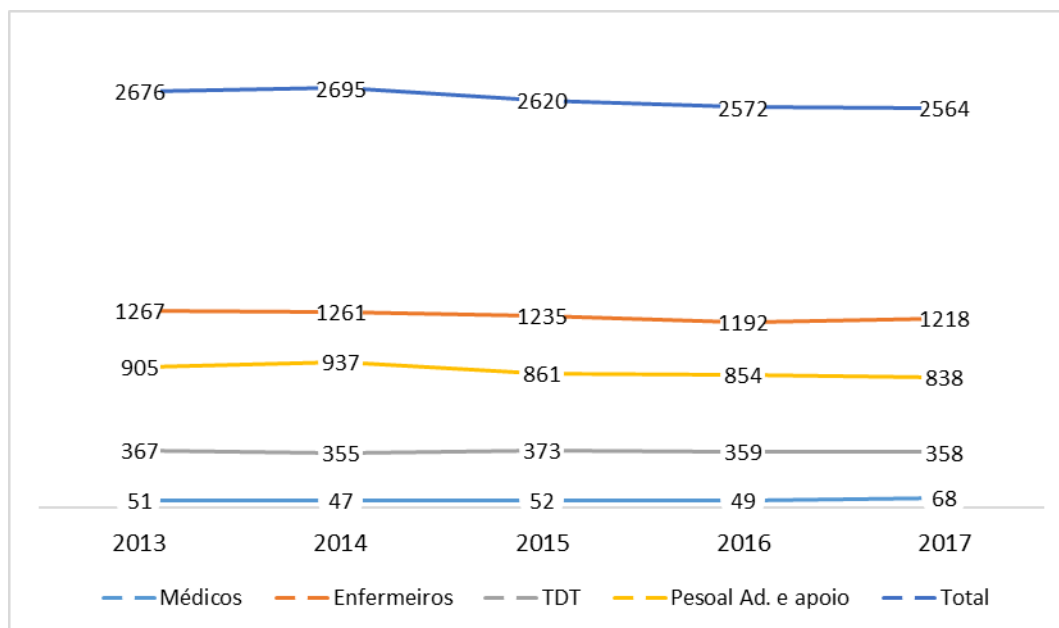


Fig. 9 – Evolução dos RHS nacionais do Sector Público da província de Cabinda nos últimos 5 anos (2013 – 2017).

Fonte: Adaptado de Secretaria Provincial da Saúde (2013); (2015); (2016a); (2016b); (2017)

Observa-se que os médicos apresentam um crescimento praticamente estacionário, se tivermos em conta que a província de Cabinda começou a produzir esses profissionais localmente desde 2013. Esperava-se, no entanto, que a partir de 2014 houvesse um crescimento exponencial do número de médicos, uma vez que a província já os produz, mas pelo contrário, nota-se que de 2015 para 2016 o número de médicos nacionais diminuiu, facto que pode dever-se aos médicos que saem da província para a formação em especialidade, por um lado, e por outro, a falta de ingresso de novos médicos no sistema de saúde. De 2016 para 2017, há uma ligeira subida no número de médicos, motivado pelos concursos públicos realizados nesses anos.

A situação dos enfermeiros (incluem-se todos os profissionais de enfermagem: técnicos básicos, médios e licenciados) é mais grave ainda com números que vão descendo desde 2013 até 2016, tendo apenas uma ligeira subida em 2017, pelo concurso público realizado em 2016. Tal como os médicos esperava-se um número de enfermeiros crescente, uma vez que ocorrem formações na universidade pública local e noutras escolas de forma-

ção de técnicos de enfermagem de nível médio (pública e privada), e também numa instituição privada de nível superior.

Os TDT apresentam uma evolução estacionária, com ligeiras oscilações. É necessário realçar que até a altura da realização deste trabalho, o Instituto Superior Politécnico da UON, não tinha ainda terminado nenhum curso de licenciatura em análises clínicas que abriu. Porém, ao nível de cursos médios há formação de TDT nas EFTS quer na pública, quer na privada, o que deveria resultar também numa evolução crescente destes profissionais.

Os trabalhadores não clínicos (pessoal administrativo e de apoio hospitalar) igualmente com declínio constante desde 2015 a 2017, sugerido haver saídas sem novas entradas no sistema de saúde.

Actualmente a principal instituição formadora dos RHS é a UON, conforme referido atrás, esta universidade compõe a Região Académica III, pertencendo as províncias de Cabinda e Zaire. Na área da saúde esta instituição administra cursos de licenciatura em medicina, enfermagem, análises clínicas e psicologia clínica.

Do ano de 2013 a 2016 já colocou no mercado de trabalho um total de 318 PS, sendo 221 médicos, 77 enfermeiros e 20 psicólogos clínicos (tabela 7).

Tabela 7 – Evolução da formação dos RHS pela Universidade 11 de Novembro em Cabinda de 2013 a 2016

Ano	Médicos	Enfermeiros	Psicólogos Clínicos	Análises clínicas	Total
2013	48	-	-	-	48
2014	60	-	-	-	60
2015	46	43	13	-	101
2016	67	34	07	-	108
Total	221	77	20	-	318

Fonte: Adaptado de Faculdade de Medicina (2013); Instituto Superior Politécnico de Cabinda (2015); Serviços Académicos UON (2017)

A tabela acima mostra um aumento crescente da produção dos PS. Quando confrontado com a evolução dos trabalhadores da saúde do sector público (fig. 9), constata-se que

esta produção não acompanha o crescimento dos RH neste sector, que é o maior empregador em Angola.

iii) *Distribuição e densidade dos RHS*

A distribuição e a densidade dos RHS nacionais podem ser observadas através das tabelas 8 e 9, que mostram as situações de 2013, ano em que a Faculdade de Medicina de Cabinda começou a colocar médicos no mercado de trabalho, e 5 anos depois, isto é 2017. Foi considerada nesta observação o número da população saído do recenseamento populacional realizado em 2014 no país (INE, 2016).

Tabela 8 – Distribuição e densidade das principais categorias de RHS nacionais no Sector público por município na Província de Cabinda e ao nível nacional em 2013

Município	População	Médicos		Enfermeiros		TDT	
		Nº	Rá- cio/10.000 habitantes	Nº	Rá- cio/10.000 habitantes	Nº	Rá- cio/10.000 habitantes
Cabinda	622 986	44	0,7	1000	16,1	311	5
Cacongo	37 952	2	0,5	98	25,8	21	5,5
Buco-Zau	35 087	3	0,9	92	26,2	22	6,3
Belize	20 050	2	1	77	38,4	13	6,5
Total pro- vincial	716 076	51	0,7	1.267	17,7	367	5,1
Total naci- onal	25 789 024	2 045	0,8	32 177	12,5	6 255	2,4

Fonte: Adaptado de Secretaria Provincial da Saúde (2013a); INE (2016) e Costa & Freitas (2014)

A tabela acima mostra que em 2013, os rácios de PS/10 000 habitantes eram muito baixos, sobretudo para os médicos. O município de Cacongo tinha o rácio mais baixo (0,5 médico/10 000 habitantes). O Belize, município mais interior apresentava melhor rácio (1 médico/10 000 habitantes). Em comparação com a média nacional, alguns municípios, que até são os mais interiores (Buco-Zau e Belize) estão acima desta média.

Nos enfermeiros, observa-se que os rácios são melhores, ocorrendo o mesmo que os médicos com os municípios de interior a apresentarem melhores números.

Nos TDT também os rácios são muito baixos, mas melhores nos municípios de interior e da média nacional.

Para o ano de 2017, a situação mostra pequenas diferenças comparativamente com o 2013 (tabela 9):

Tabela 9 – Distribuição e densidade das principais categorias de RHS do Sector público por município na Província de Cabinda em 2017

Município	População	Médicos		Enfermeiros		TDT	
		Nº	Rácio/10.000 habitantes	Nº	Rácio/10.000 habitantes	Nº	Rácio/10.000 habitantes
Cabinda	622 986	52	0,8	929	14,9	301	4,8
Cacongo	37 952	7	1,8	117	30,8	27	7,1
Buco-Zau	35 087	5	1,4	96	27,4	19	5,4
Belize	20 050	4	2	76	37,9	11	5,4
Total provincial	716 076	68	0,9	1218	17	358	5

Fonte: Adaptado de Secretaria Provincial da Saúde (2017); INE (2014)

Verifica-se um ligeiro aumento no rácio médico/10 000 habitantes em todos os municípios, estando ainda muito abaixo dos valores recomendados pela OMS, atrás descritos. O pequeno aumento deve-se ao concurso público de ingresso na função pública já referido.

Em outras categorias profissionais observam-se declínio dos rácios, em alguns municípios, como por exemplo o município de Cabinda com 16,1 enfermeiros/10 000 habitantes em 2013, para 14,9/10 000 habitantes em 2017; o município de Belize também com redução, observando-se alguns aumentos nos municípios de Cacongo e Buco-Zau, relativamente ao rácio dos enfermeiros. Situação idêntica se verifica também com os rácios dos TDT. Apesar desses ligeiros aumentos em alguns municípios, os dados parecem mostrar que há saídas de profissionais do sistema, sem reposição dos lugares deixados vagos.

iv) *A implementação de políticas, regulação e planeamento dos RHS*

Para constatar a situação actual dos RHS nas acções de políticas, regulação e planeamento foram analisados os depoimentos dos informantes, onde resultaram 3 categorias

temáticas: 1) estratégia dos RHS para a província de Cabinda; 2) regulamentação das profissões e do comportamento dos profissionais; e 3) planeamento dos RH.

Estratégia dos RHS para a província de Cabinda: As questões dos RHS são estratégicas. Elas afectam o desempenho global do sistema de saúde, bem como a viabilidade e sustentabilidade das reformas. Em muitos países, sobretudo os em desenvolvimento, a visão estratégica dos problemas de RH pelas autoridades de saúde enfrenta lacunas entre as políticas e a implementação (Fritzen, 2007). No caso de Angola, estão estabelecidas na sua Política Nacional de Saúde várias orientações estratégicas sobre os RHS (Decreto Presidencial nº 262/10, de 24 de Novembro). Como tal, essas orientações estratégicas devem ser desdobradas ao nível subnacional (provincial e municipal) de modo a definir as estratégias de RH a esses níveis.

Sobre o assunto, os participantes declararam a província ter elaborado em 2014 uma proposta de estratégia de RHS para ser incluída no plano de desenvolvimento da província. Isto pode ser constatado, por exemplo nos depoimentos abaixo:

“...eu já tenho apresentado o meu plano de trabalho...está escrito e enviado para a consideração superior...” (ENTR 15);

“...em termos de estratégias para o desenvolvimento dos RH...no ano de 2014 nas propostas que nós elaboramos...consta essa estratégia...” (ENTR 17);

“...estamos a fazer o quadro de pessoal... quer dizer que nós planificamos o número de pessoas que realmente deveriam funcionar na unidade, ...esta estratégia existe ainda em proposta no papel” (ENTR 16).

Conforme as declarações acima, as propostas de estratégias para acção em RHS estão feitas. No entanto, não nos foi referido qualquer programa ou intervenção formalizada em uso actualmente, sobretudo para a retenção de RHS nas localidades do interior.

Regulamentação das profissões e do comportamento dos profissionais: A regulamentação refere-se à políticas disciplinadoras das actividades económicas e sociais dos PS (Girardi & Seixas, 2002).

Os entrevistados mencionaram a obrigatoriedade dos PS inscreverem-se nas suas organizações sócio-profissionais, como um requisito para o exercício profissional. Quanto as normas e regulamentos declaram que a sua elaboração está em curso:

“...Todo o enfermeiro deve pertencer a ordem dos enfermeiros, um médico a ordem dos médicos necessariamente... se um médico não está na ordem dos médicos não pode exercer...” (ENTR 16);

“...neste momento estamos a trabalhar nas normas...estas têm primeiro que serem aprovadas, ainda estão em propostas...” (ENTR 15);

“...O comportamento dos PS tem sido disciplinado com base em diálogo...fazendo entender que o nosso objectivo é o doente... estamos num processo coordenado pelo próprio ministério da saúde que é a humanização dos serviços de saúde...” (ENTR 17).

Conforme os depoimentos, não existem, actualmente em uso, instrumentos para a regulamentação do comportamento dos PS e dos procedimentos administrativos, tais como regulamentos internos, normas de recrutamento de RH, etc., com excepção de algumas profissões, tais como a medicina e enfermagem, que têm estatutos próprios, através das respectivas ordens profissionais.

Planeamento dos RH: Conforme mencionado, o objectivo do planeamento é garantir o número suficiente de RH para a prestação dos serviços de saúde, disponível e distribuído equitativamente nas diferentes categorias, e coerente entre regiões geográficas, estabelecimentos e níveis de atenção (Dussault & Dubois, 2003).

Os participantes declararam que o planeamento dos RHS está em curso, com a elaboração dos quadros de pessoal das US para definir a quantidade e qualidade de prestadores, tendo em conta o Orçamento Geral do Estado (OGE) atribuído:

“...nós estamos num processo de elaboração dos quadros de pessoal...ainda não estão definidos, o processo está em curso” (ENTR 17);

“...em relação às políticas de pessoal, temos que nos basear no quadro de pessoal. O grande plano que existe é o quadro de pessoal...que estamos a fazer...” (ENTR 16).

Pela análise quantitativa dos questionários, constatamos que 73,8% das US não faz o planeamento dos seus RH; 59% não possui regulamentos para disciplinar o comportamento dos trabalhadores; 32,8% tem pessoal não inscrito nas suas respectivas ordens profissionais.

No sector privado, verificamos algumas diferenças em termos de regulamentação, encontrando-se 60% das US com regulamentos elaborados e 68,8% com pessoal inscrito nas respectivas ordens profissionais.

Quer a análise quantitativa, quer a qualitativa parecem mostrar a inexistência de planeamento, uma vez que não está em uso qualquer plano formal, sobretudo no sector público, bem como dos instrumentos reguladores do comportamento dos profissionais de saúde.

v) *Financiamento*

Da análise de conteúdo das declarações dos informantes emergiu uma categoria temática: *Como são financiados os RHS*.

Dentre os mais importantes factores que influenciam os problemas transversais (migração dos PS, empregos múltiplos, absentismo, baixa motivação) e o estado dos RHS inclui-se o financiamento disponível para pagar salários e outros benefícios não financeiros necessários aos RH para a eficácia do sistema de saúde (Bossert *et al*, 2007).

O financiamento do sistema de saúde refere-se ao processo pelo qual as receitas são obtidas de fontes primárias e secundárias, e alocadas para as actividades dos provedores (Diallo *et al.*, 2003).

Os informantes desta pesquisa mencionaram que os serviços públicos da saúde são financiados através do OGE, com dotações orçamentais atribuídas ao nível central. Para além disso, tem havido alguns apoios ao nível local pelo Governo provincial, Organizações não-governamentais (ONGs), e algumas empresas que apoiam alguns programas específicos, como se pode constar pelos depoimentos abaixo:

“...de uma forma geral o financiamento é do OGE, temos tido apoio de algumas ONGs, o Governo provincial, algumas empresas também que participam para apoiar programas específicos” (ENTR 17);

“Neste momento estamos a depender do OGE atribuído à secretaria provincial da saúde, mas ...pela municipalização dos serviços de saúde vamos depender do OGE atribuído à administração municipal...” (ENTR 15);

“...a nossa unidade é orçamentada...os custos todos estão cuidados dentro do OGE...” (ENTR 16).

Pelas estatísticas, 24,6% das US recebe dotação orçamental, ou seja, tem orçamentos próprios atribuídos pelo Ministério das Finanças; 49,2% depende da dotação orçamental que a Secretaria Provincial da saúde recebe. Com a municipalização dos serviços de saúde, estes passam a depender da dotação orçamental do município. Esta dependência confrontada com as necessidades de retenção dos PS, implica que estas US têm maiores dificuldades. 24,6% US tem receitas próprias e 1,6% outras formas de financiamento.

vi) Gestão e melhoria do desempenho dos RHS

Através das estatísticas descritivas foi identificado um potencial desequilíbrio dos RHS entre a zona urbana e rural: em 83,3% das US do interior os informantes referiram não possuir pessoal suficiente para responder a demanda, em contrapartida, 51,4% das US da zona urbana os informantes consideraram ter pessoal suficiente para responder às suas necessidades.

Os testes para a igualdade de médias que comparam a cobertura das US públicas em pessoal entre a zona urbana e rural mostraram significância ($\text{sig.} < \alpha = 0,05$) para todas as categorias de RHS: médicos – $\text{sig.} = 0,016$; enfermeiros – $\text{sig.} = 0,022$; TDT – $\text{sig.} = 0,048$ e pessoal administrativo e apoio hospitalar – $\text{sig.} = 0,022$. De acordo com a regra do teste, isto rejeita a H_0 . Significa que não existem evidências estatísticas que demonstrem as duas médias serem idênticas. Isto sugere dizer que as abordagens das políticas nas duas zonas para a cobertura de PS não são idênticas, ou seja, há diferenciação nas políticas que tratam da cobertura das US em RH entre a zona urbana e rural.

O ingresso de novos trabalhadores nas US, em 70,5% destas é feito através da colocação ou transferência pelos serviços de RH da Secretaria Provincial da Saúde, que realiza os concursos públicos e distribui o pessoal admitido nas diferentes unidades da província; 26,2% realiza seus recrutamentos; 3,3% usa outras formas de admissão de pessoal.

Na zona urbana, as horas de trabalho semanal dos médicos e enfermeiros correspondem em média 39,7 horas (~8 h/dia); dos TDT 40,1h (~8h/dia) e do pessoal administrativo e apoio hospitalar 37,1h (~7h/dia).

No interior os médicos trabalham em média por semana 21,7h (~ 4,5h/dia); os enfermeiros 57,2h (~ 11,5h/dia); os TDT 26,5h (~ 5,5h/dia) e o pessoal administrativo e apoio hospitalar 29,4h (~ 6h/dia). As horas de trabalho dos enfermeiros estão acima de 40 horas semanais, mostram excesso; dos médicos e TDT abaixo de 30 horas semanais parecem indicar menor assiduidade destes profissionais nas US.

Das US inquiridas 32,8% possui trabalhadores em tempo parcial, verificando-se maior cifra de US com pessoal que trabalha neste regime no sector privado (62,5%).

54,1% de todas as US possui profissionais com duplo emprego. No sector público a cifra de US com trabalhadores nessas condições é de 46,7% e no privado 75%. Isto parece mostrar que as US do sector privado são sustentadas com pessoal que já tem o seu emprego no sector público. Em 79% das US com pessoal que exerce o duplo emprego, não existe autorização para esta dupla prática, sendo ela clandestina.

Em 45,9% das US da zona urbana o nível de satisfação dos trabalhadores foi classificado como bom, 39,3% moderado, 13,1% baixo e 1,6% elevado. No interior 33,3% bom, 45,8% moderado e 20,8 % baixo.

62,2% das US urbanas não possui incentivos não-financeiros para motivar o pessoal. No interior 70,8% das unidades nessa situação. Isto mostra as US do interior com mais dificuldades na retenção do pessoal que as da zona urbana.

95,1% das US não possui indicadores e 4,9% tem alguns critérios, para a monitorização do desempenho dos trabalhadores. A avaliação do desempenho do pessoal no sector público cumpre os critérios definidos pelo Ministério da Administração Pública, Trabalho e Segurança Social (MAPTSS), que estabeleceu um impresso com os seguintes indicadores a avaliar: Competência profissional, dinamismo e iniciativa, cumprimento das tarefas, relações humanas no trabalho, adaptação profissional, assiduidade, pontualidade, disciplina, racionalização do uso e manutenção dos meios, e apresentação e compostura. Esses indicadores são comuns para todos os PS, e não são adaptados às especificidades das diferentes categorias profissionais.

Uma cifra de 77% das unidades os informantes referiram não possuir dados ou informações disponíveis para a monitorização dos RH, e 23% relatou ter estatísticas para o controlo do seu pessoal.

O acesso à *internet* e a outros materiais de apoio para o pessoal foi referido como inexistente em 75,5% das unidades inquiridas.

A análise qualitativa das entrevistas e perguntas abertas dos questionários, no que respeita à gestão e melhoria do desempenho dos RHS, despontou 3 categorias temáticas: 1) RH e programas prioritários da saúde pública, 2) desempenho e 3) motivação dos trabalhadores da saúde.

RH e programas prioritários da saúde pública – Os programas prioritários da saúde pública dispõem, geralmente de um conjunto de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de actividades visando aos objetivos bem definidos (Paim, 2003).

Os informantes desta pesquisa relataram que não existe uma estratégia de RHS direccionada para os programas especiais da saúde como os de controlo da Tuberculose, HIV/SIDA, Malária e outros. No entanto, de acordo as necessidades, o pessoal é treinado para o efeito.

“...estamos a tirar naquele pessoal que existe, passando para uma actualização e formação para o programa que se quer” (ENT15);

“...realmente se se cria um novo serviço dentro da unidade nós temos que (...) seleccionar algumas pessoas que possam fazer este tipo de trabalho, ou este tipo de serviço, depois eles são encaminhados para uma formação...” (ENT16).

Desempenho dos trabalhadores da saúde – O desempenho dos trabalhadores de saúde pode ser influenciado por vários factores ou ambientes, tais como: os factores individuais, os relacionados com paciente, atributos do trabalho, ambientes de US, profissional, educacional, administrativo, comercial, comunitário, sociocultural, económico, político e mercado de trabalho (Patterson, *et al.*, 2010).

Para os participantes desta pesquisa, o desempenho dos trabalhadores da saúde na província é influenciado por vários factores, destacando-se o absentismo motivado pela falta de retenção do pessoal nas localidades do interior, duplo emprego e a ausência dos trabalhadores nos seus locais de trabalho por motivos de estudo (trabalhadores-estudantes):

“...Nós não vivemos aqui, todas as colegas vivem na cidade... e aqui estamos a permanecer uma semana...” (ENT 7);

“...a dupla efectividade, ou o duplo emprego...é preocupante para nós...esse é um fenómeno que nos enferma porque um trabalhador que tem dupla efectividade...não faz o cumprimento da própria lei, por um lado, por outro lado também aparentemente está a produzir, mas não há produtividade ...” (ENTR 17);

“...há alguma coisa que temos que fazer em relação a estadia dos quadros para o interior, temos que ver as questões de habitabilidade, as situações de transporte para que de facto estes quadros possam realmente ficar bem...se não, ficam mais na cidade, e lá nos confins onde está a comunidade ninguém quer ficar...o problema de trabalhadores estudantes também é preocupante porque temos uma boa parte de colegas que estão a estudar...” (ENTR 16).

Motivação do pessoal – um pré-requisito para a eficácia do sistema de saúde, prende-se com a motivação da força de trabalho que pode ter vários determinantes: individuais, socio-culturais, organizacionais, práticas de gestão, entre outros (Dieleman, *et al.*, 2003), conforme exposto anteriormente.

Os relatos dos informantes mostram a existência de insatisfação e desmotivação dos PS, particularmente nas localidades do interior, por falta de incentivos financeiros e não-financeiros, permanência nas localidades por tempo indefinido e deficientes condições sociais e laborais:

“...se tivesse oportunidade para trocar com alguém para ir numa outra unidade, trocaria...o médico desta localidade e o da cidade têm o mesmo salário ...não há subsídio ...” (ENTR 4);

“...todos nós do mesmo nível académico temos o mesmo salário, mas quem está aqui sai a perder...” (ENT 5);

“...disseram-nos que viríamos para aqui neste município para 2 anos... estou há 9 anos por cima do tempo definido...o tempo que me encontro cá a trabalhar...são 11 anos e não são 11 dias, nem 11 meses...” (ENTR 6);

“A unidade não oferece condições adequadas para o trabalho, o pessoal trabalha somente por amor à camisola” (QUEST 45);

“Não há condições, muitas vezes de preferência estar noutra unidade” (QUEST 35).

vii) *Formação*

Da análise das entrevistas emergiram três categorias temáticas: 1) acesso aos cursos de saúde administrados na universidade; 2) definição do número de vagas para admissão dos alunos aos cursos; e 3) adequação dos currículos às necessidades locais.

Acesso aos cursos de saúde administrados na universidade: Este baseia-se na realização de exames, onde todos os candidatos concorrem da mesma maneira sem qualquer distinção:

“...durante o período de candidaturas, ali não podemos ser parciais, tratamos todos no mesmo nível...desde que tenha 12ª classe e as disciplinas compatíveis para corresponder as provas pedidas...” (ENTR 18).

Estes depoimentos mostram como critério mais importante para o acesso aos cursos da saúde na universidade, a conclusão da 12ª classe em áreas correspondentes (Cursos médios da saúde, Biologia e outras) e ter uma nota positiva no exame que permita o candidato posicionar-se na classificação, dentro do número de vagas definidas. Não há referência de qualquer critério que tenha a atenção às áreas rurais e remotas, de modo a prever a formação de PS oriundos dessas áreas.

Definição do número de vagas para admissão dos alunos aos cursos: O número de vagas para a admissão no 1º ano de formação depende das capacidades das instituições de ensino, baseiando-se, sobretudo, em número de salas de aulas e outras condições necessárias:

“...nós temos critérios para a definição do número de candidatados a admitir, um deles é o número de salas de aula...” (ENTR 19).

Os depoimentos mostram que o *numerus clausus* não depende de cotas de matrículas definidas com base em projecções ou planeamento que tenha em conta indicadores para o desenvolvimento dos RHS, sendo as condições das instituições de formação determinantes neste processo.

Adequação dos currículos às necessidades locais: Os currículos pedagógicos têm âmbito nacional. Porém, com a expansão do ensino superior no país, foi celebrado um protocolo entre Angola e Cuba, através do qual os cursos de medicina, enfermagem, análises clínicas e outros administrados nas universidades públicas recentemente abertas são assegurados por Docentes cubanos, com os currículos pedagógicos incluídos no protocolo:

“...o currículo é nacional... nós temos um protocolo com cuba que inclui os Docentes e o currículo...há uma orientação no sentido de adequar ou uniformizar os currículos ao nível nacional...” (ENTR 18).

Pela pesquisa documental, verificamos que na primeira promoção do curso de medicina em 2013, do total de alunos matriculados (78), cerca de 62% (48) concluiu o curso com êxitos (Faculdade de Medicina, 2013). Esse ritmo de formação tem-se mantido todos anos, conforme exposto na tabela 7.

No que respeita à formação contínua dos PS, as estatísticas descritivas mostraram que em 73,8% das US, os informantes consideraram não possuir planos para este efeito.

viii) A investigação

A pesquisa dos RHS permite reforçar a base de conhecimentos e contribuir para o desenvolvimento de políticas eficazes para a melhoria do acesso aos PS (Henderson & Tulloch, 2008).

Os entrevistados relataram que embora exista a preocupação de usar evidências científicas para o planeamento da força de trabalho, não tem havido pesquisas nesta área.

“Na concepção de estratégias há preocupação de se usar resultados de pesquisa” (ENT15);

“...não temos nenhuma pesquisa em curso sobre os RH...” (ENT16);

ix) Mercado de trabalho dos RHS

Para a compreensão da situação actual dos RHS em termos de mercado de trabalho, foram analisadas as entrevistas aos planeadores e decisores em saúde, onde emergiram duas

categorias temáticas: 1) *a procura por trabalhadores de saúde*, e 2) *a oferta de trabalhadores de saúde*.

O mercado de trabalho dos trabalhadores da saúde envolve fundamentalmente duas forças económicas: a procura e a oferta. A procura por trabalhadores de saúde pode ser entendida como a vontade e a capacidade dos serviços públicos ou privado e/ou doadores para pagar os trabalhadores de saúde que prestam serviços, sendo a soma da demanda de todos os compradores ou financiadores dos RHS. Por outro lado, a oferta do mercado refere-se ao número de trabalhadores de saúde disponíveis para prestar serviços. Neste processo, o salário constitui um factor fundamental. Em geral, quanto maior o salário oferecido, maior número de trabalhadores de saúde disponíveis (Scheffler, 2012).

Na província de Cabinda encontram-se como empregadores que procuram por trabalhadores de saúde: os serviços de saúde públicos e privados, clínicas de empresas como a multinacional Cabinda *Gulf* e outras, serviços militares/para-militares e ONGs. Por outro lado, a oferta do mercado é proporcionada pela formação de RH na universidade local e noutras instituições de ensino que colocam no mercado PS de diferentes categorias (médicos, enfermeiros e TDT).

Porém, a absorção desses profissionais pelos serviços públicos de saúde, e outros acima mencionados não acompanha o ritmo de formação, encontrando-se muitos profissionais a espera de uma oportunidade de emprego há vários anos após a sua formação.

“...na verdade há PS que estão a procura de emprego e isto é que nós estamos a lutar no sentido de darmos cobertura...em termos do concurso público de ingresso...” (ENT17).

x) A liderança e capacidade de gestão

A capacidade de gestão e liderança em saúde, a todos os níveis, é fundamental para o alcance dos melhores resultados, sobretudo no contexto de escassez de recursos. O desenvolvimento ou reforço desta capacidade na GRH foi identificado como uma das acções cruciais para reduzir a crise e manter as conquistas alcançadas (Nyoni & Gedik, 2013). Po-

rém, este aspecto é muitas vezes negligenciado nas políticas de saúde nos países de baixa renda (Dieleman & Harnmeijer, 2006).

Neste estudo, os entrevistados reconheceram a débil preparação profissional dos gestores de RH:

“A nossa preparação está debilitada, nós precisamos de mais formação, de mais refrescamento para começarmos a planear bem...” (ENT16);

“...são poucos os gestores profissionais que temos...os gestores estão preparados com as noções gerais...formação específica de uma gestão como tal nós carecemos...” (ENT17).

xi) As parcerias

Nas entrevistas foram mencionados como principais parceiros e interessados em RHS, as Ordens profissionais e o Sindicato, com quem se procura maior interacção na implementação das acções de GRH:

“... os parceiros que nós temos, por ex. a Ordem dos enfermeiros, a dos médicos, o sindicato...é intenção nossa ampliar a interacção entre as ordens profissionais...quase todos que compõem as ordens profissionais na nossa província são funcionários do estado...estão em condições de poder sugerir...” (ENTR 17).

4.4 Discussão

Os resultados deste estudo mostram escassez de trabalhadores da saúde com baixas densidades em todas as categorias profissionais (tabelas 8 e 9). Esses resultados são consistentes com a classificação feita pela OMS no 3º fórum global dos RHS, que coloca Angola no grupo I – países com densidade abaixo do patamar mínimo de 22,8 PS/10.000 habitantes, e com uma cobertura em intervenções essenciais abaixo de 80% (WHO, 2013b).

Nota-se uma contradição entre os indicadores da distribuição (tabelas 8 e 9) e os da produtividade (horas de trabalho dos PS), onde os rácios de PS/10.000 habitantes são melhores nos municípios do interior do que na zona urbana, em contrapartida, o interior apre-

senta enfermeiros com horas excessivas de trabalho (em média 57,2 horas por semana, aproximadamente 11,5h/dia), e médicos nacionais com muito menos horas de trabalho (em média por semana 21,7 horas, aproximadamente 4,5h/dia).

A lei da função pública angolana estabelece 40 horas semanais e 8 horas diárias de trabalho (Lei n.º 68/13, de 29 de agosto). Deste modo, o caso dos enfermeiros sugere pouco pessoal a trabalhar, e o dos médicos sugere ausência destes no local de trabalho.

As entrevistas atrás apresentadas apontam que parte do pessoal alocado em áreas do interior não permanece nestas: “...*nós não vivemos aqui, todas as colegas vivem na cidade... e aqui estamos a permanecer uma semana...*” (ENT 7).

Há aqui uma clara falta de retenção dos PS alocados no interior, levando a desequilíbrio na força de trabalho entre as zonas urbana e rural/remota. Esse desequilíbrio também foi demonstrado através das necessidades em pessoal sentidas pelas US: conforme mostraram as estatísticas descritivas, em 83,3% das US do interior os informantes referem não possuir pessoal suficiente para responder a demanda, contrariamente à zona urbana onde em 51,4% os informantes consideram ter pessoal suficiente para responder às suas necessidades. Isto contraria os rácios anteriormente descritos.

Os estudos revistos mostraram preocupações na retenção dos PS. Em vários contextos também se verifica a situação acima constatada, na qual existem PS nas zonas necessitadas, mas os mesmos não permanecem nelas. Por exemplo, um estudo em Mali mostrou que embora a atracção de médicos para ambientes rurais esteja a aumentar há preocupação para a retenção dos mesmos (Van Dormael *et al*, 2008).

Pode ser constatado um conjunto de factores contextuais que afecta a distribuição geográfica dos RHS na província em estudo. Observam-se flutuações na evolução da força de trabalho da saúde ao longo dos cinco 5 anos estudados (tabela 6, figura 9) que chama atenção para duas situações:

A primeira prende-se com as dificuldades na entrada de PS nacionais nos serviços públicos da saúde. Como foi constatado, embora haja produção de médicos por exemplo, não houve crescimento destes profissionais na função pública. Em 2012, antes da Faculdade de Medicina começar a colocar médicos no mercado de trabalho, a província tinha 45 médicos nacionais (Secretaria Provincial da Saúde, 2013b). Do ano de 2013 que foi forma-

do o primeiro grupo, ao ano de 2017, nos serviços públicos conta-se um crescimento de 23 médicos, que corresponde a 10,4% do total formado em 4 anos (tabela 7).

É necessário sublinhar também que o concurso público de 2017, anteriormente referido, foi aberto apenas para o ingresso de novos médicos (Decreto Presidencial n.º 90/16, de 27 de Abril). Porém, em Angola existe a situação de que uma grande parte de trabalhadores continuam com os seus estudos enquanto trabalham, sendo considerados trabalhadores-estudantes (Lei n.º 7/15, de 15 de Junho).

Deste modo, muitos técnicos de enfermagem e de outros ramos da saúde que têm formação de nível médio frequentam cursos de licenciaturas em medicina, enfermagem e outros da área de saúde existentes na universidade. Uma vez que o referido concurso público era apenas para o ingresso de novos médicos, aqueles que já eram trabalhadores de nível médio, agora licenciados não abrangeram à esse concurso, e continuaram a espera de uma oportunidade para a promoção e enquadramento nas respectivas carreiras onde estão agora formados, sendo ainda tratados como profissionais de nível médio, sobretudo no que se refere ao salário.

A segunda situação revelada pela evolução oscilatória dos RHS parece indicar saídas de profissionais, principalmente os médicos estrangeiros e os enfermeiros do sistema de saúde ao nível da província.

No que respeita aos médicos estrangeiros, conforme visto nos estudos revistos, face a carência de PS nacionais, Angola recorre a protocolos de cooperação com vários países para cobrir as necessidades.

Isto aumenta o número de profissionais para atender à população, mas questões culturais, como a língua constituem barreiras no acesso aos serviços de qualidade, por dificultar o relacionamento provedor-paciente (Chen *et al.*, 2004). Para além disso, o término dos contratos desses profissionais cria lacunas, sobretudo neste momento em que Angola está a passar por uma crise económica, que afecta o país em vários domínios.

Assim, essas lacunas resultantes de términos de contrato também vão influenciando a evolução dos RH, como referido num relatório da Secretaria Provincial da Saúde consultado: *“houve uma diminuição de...médicos no geral. Este facto justifica-se pelas saídas de*

médicos estrangeiros...resultantes de términos de contratos de serviço...” (Secretaria Provincial da Saúde, 2013a).

A saída dos enfermeiros parece indiciar migração de PS para outros sectores ou ainda para outras profissões dentro da saúde. A questão de trabalhadores-estudantes atrás mencionada leva a essa mobilidade.

É conhecida a realidade de trabalhadores-estudantes em Angola, acima referida. Dado que o país viveu durante longos anos com uma única universidade pública – a Universidade Agostinho Neto, com núcleos em algumas províncias, sendo a maioria destes núcleos sem cursos de saúde, muitos técnicos de enfermagem e outros, em alternativa, frequentaram licenciaturas em ciências de educação, principalmente o curso de Ensino de Psicologia.

Destes licenciados em educação, alguns permanecem a trabalhar na saúde com as suas formações de nível médio na área, e outros migraram-se para o sector da educação, procurando a valorização da sua licenciatura.

A situação de trabalhadores-estudantes também leva a mobilidade de profissionais de uma área de formação para outra dentro da saúde. O requisito para o concurso em qualquer curso de saúde na universidade é a conclusão da 12^a classe, que é adquirido por todos os que concluem a formação técnica média na área de saúde (enfermagem, análises clínicas, farmácia, etc.).

Esses técnicos já a trabalhar com enquadramento nas respectivas carreiras, podem concorrer para qualquer curso de licenciatura na universidade (medicina, enfermagem, análises clínicas, psicologia clínica). Assim, muitos técnicos de enfermagem e de diagnóstico e terapêutica licenciaram-se em medicina ou psicologia clínica, e aguardam promoção e enquadramento na nova carreira.

Essa mobilidade de profissionais de um sector para outro e de uma profissão para outra, parece estar reflectida na tabela 6 que mostra saídas de pessoal do sistema. Conforme referido anteriormente, a absorção pelos serviços públicos de saúde (como maior empregador) dos PS formados não acompanha o ritmo de formação. Se as entradas no sistema de saúde fossem regulares, provavelmente as saídas dos enfermeiros teriam algum reflexo no aumento das outras categorias profissionais.

Esse padrão de migração de PS, onde os profissionais movem-se de um sector para outro e de uma área de formação para outra é comum nos países de média e baixa renda. Num estudo realizado em seis países de África, anteriormente mencionado, mostra padrão de migração semelhante á este, destacando mobilidade de PS de áreas de generalização para as de especialização, de área médica à não-médica, para além das migrações de um país ao outro, de uma área geográfica à outra e do sector público ao privado, cujas razões relacionam-se com a insatisfação dos PS (Awases *et al.*, 2004).

Outro factor identificado que afecta a distribuição dos RHS na província de Cabinda relaciona-se com a falta de retenção dos PS nas localidades do interior, já comentado.

A insatisfação de muitos profissionais, como expresso por exemplo pelo ENTR 4 (“...se tivesse oportunidade para trocar com alguém para ir numa outra unidade, trocaria...o médico desta localidade e o da cidade têm o mesmo salário ...não há subsídio ...”), constitui um desafio para a retenção dos RHS em áreas mais desfavorecidas.

Um estudo realizado por El-Jardali, Tchaghchagian & Jamal (2009) sobre a gestão do pessoal de enfermagem no Líbano relata que a maioria das unidades hospitalares enfrenta desafios de retenção de suas enfermeiras pela insatisfação com os salários e benefícios.

A insatisfação dos PS pode levar a que estes encontrem estratégias de enfrentamento da situação (Henderson & Tulloch, 2008).

Neste estudo verificamos que os PS estavam insatisfeitos com os salários que não diferem consoante as áreas geográficas de localização do emprego, bem como as condições de trabalho e de vida nas localidades do interior. O facto de a maioria das US não possuir dotação orçamental próprio (como foi visto pelas estatísticas) e a depender das administrações municipais, leva a maiores dificuldades na retenção do pessoal, sobretudo em áreas rurais/remotas.

Assim, muitos PS alocados em áreas do interior após o concurso público, aceitam o emprego como oportunidade para entrada na função pública. Porém, esses profissionais encontram estratégias de enfrentamento da situação de insatisfação. De entre essas estratégias incluem a não permanência naquelas localidades, como foi expresso pelos participantes, por exemplo, ENTR 7 (“...nós não vivemos aqui, todas as colegas vivem na cidade... e aqui estamos a permanecer uma semana...”). Com isto, a equipa colocada numa determi-

nada US do interior subdivide-se em pequenas equipas que fazem escalas alternadas de trabalho (que legitimaram entre si como turnos), onde uns permanecem no local a trabalhar durante uma semana, enquanto os outros estão junto de suas famílias na cidade, alternando-se com uma semana de trabalho e outra(s) em casa.

Neste contexto, a supervisão, o controlo e a regulamentação revelam-se ineficazes, uma vez que esses comportamentos não são legitimados pelo decisor, mas sim, pelos próprios profissionais.

Estratégias de enfrentamento semelhantes têm sido encontradas em outros contextos. Dussault & Franceschini (2006) por exemplo, relatam um estudo em Bihar, na Índia, onde foi verificado que três dos quatro médicos atribuídos a um posto de saúde não se encontravam presentes no mês da visita dos pesquisadores, mas recebiam os seus salários; dois médicos não moravam perto do local do seu posto de trabalho para se ocuparem de suas práticas privadas em outro lugar.

O decreto 33/91, que estabelece o regime disciplinar dos funcionários públicos e agentes administrativos em Angola, no seu artigo 4º, nº 10 define como um dos deveres do funcionário público, que este não se ausente para fora da área de actuação dos serviços em que está integrado, sem autorização superior, excepto no período de licença anual e dias de descanso. O mesmo decreto considera como infracção disciplinar a violação de qualquer dos deveres correspondentes à função que exerce, passível de punição (Decreto nº 33/91, de 26 de Julho).

As estratégias adoptadas pelos PS para enfrentar as situações que encontram nas localidades carenciadas devem ser vistas como barreiras à retenção destes profissionais, enquadrando-as como os factores do contexto que impedem a permanência dos PS nessas localidades, necessitando de intervenções para sua resolução, ao invés de um enquadramento no âmbito disciplinar.

Outra estratégia de enfrentamento da situação de insatisfação utilizada pelos PS é o duplo emprego, que pode influenciar negativamente a qualidade dos cuidados, principalmente nos serviços públicos (Henderson & Tulloch, 2008).

Neste estudo, as estatísticas descritivas mostraram que o duplo emprego é expressivo na província de Cabinda: 54,1% das US inquiridas tem trabalhadores com duplo empre-

go, e no sector privado a cifra é de 75%, o que sugere grande parte das US desse sector funcionar com pessoal empregado nos serviços públicos.

O duplo emprego é uma prática comum em vários países, sobretudo Africanos (Ferreirinho *et al.*, 2004). Os baixos salários no sector público é um dos factores associados à prática do trabalho complementar nos PS em ambientes com recursos limitados (Jan *et al.*, 2005), como em muitas capitais africanas, por exemplo, Bissau, Praia, Maputo (Jan *et al.*, 2005; Russo *et al.*, 2014).

Pode-se dar também o exemplo do Camboja, onde trabalhadores de saúde com salários muito baixos e irregularmente pagos procuram fontes alternativas de renda para sua sobrevivência. Embora a prática dual não é autorizada pela legislação, as autoridades não se opõem aos trabalhadores de saúde pública que abrem clínicas privadas, laboratórios ou Farmácias (Soeters & Griffiths, 2003).

Em Cabinda também se verificou que 79% do total das US com profissionais que têm duplo emprego, o exercem sem autorização, e sem oposição das autoridades, apesar do regime disciplinar dos funcionários públicos e agentes administrativos em Angola, anteriormente referido, estabelecer, no mesmo artigo mencionado, nº 12, que o funcionário público não deve exercer outra função ou actividade remunerada sem prévia autorização.

A motivação e satisfação no trabalho são factores-chave na retenção dos trabalhadores da saúde (Bonenberger *et al.*, 2014). Há um número crescente de estudos que exploram as ligações entre os incentivos, motivação e retenção dos trabalhadores de saúde nos países em desenvolvimento (Wibulprasert & Pengpaibon, 2003).

Awases *et al.* (2004), relatam que muitos PS africanos estão insatisfeitos com a sua situação actual. As razões comuns para essa insatisfação relacionam-se com os salários baixos e atrasados, promoções atrasadas, falta de reconhecimento, incapacidade do trabalhador em pagar as despesas para as suas necessidades básicas de vida, condições de trabalho desfavoráveis.

Uma revisão sistemática de literatura realizada por Blaauw & Ditlopo (2008) para consolidar as evidências existentes sobre o impacto de incentivos financeiros e não-financeiros na motivação e retenção de RHS mostrou que a grande maioria dos estudos

chegam à conclusão de que pacotes de incentivos e políticas são urgentemente necessários para melhorar a motivação e retenção dos trabalhadores de saúde.

Nos países Africanos, de modo geral, o investimento nos RHS é inadequado. Os recursos mobilizados a nível interno não são suficientes para a produção e colocação dos PS (Comité Regional Africana da OMS, 2012).

Em Angola, a percentagem do OGE atribuída ao sector saúde foi de 4% em 2016, apesar de em 2008 na Conferência de Ouagadougou, o país ter assinado o compromisso de criar um ambiente favorável ao aumento dos recursos afectados para o sector da saúde, de modo a elevá-los, progressivamente a, pelo menos, 15% do Orçamento Nacional (Ministério da saúde, 2016).

Os desequilíbrios geográficos dos RHS nesse país devem-se em parte à falta de incentivos para a atracção, motivação e retenção de PS nas localidades mais longínquas e de difícil acesso (Ministério da saúde, 2012). O Decreto-Lei nº 01/03 de 21 de Janeiro estabelece os subsídios de isolamento e de fixação na periferia. Porém, situações de âmbito financeiro e administrativo são evocadas como causas de não implementação deste diploma (Ministério da saúde, 2012).

Como foi constatado nesta pesquisa, os participantes sublinham que não existe estímulo para a permanência de PS nas localidades do interior, pois não há diferenciação salarial pela localização geográfica do emprego, ou seja, trabalhar no interior ou na cidade, o salário e subsídios são exatamente os mesmos. Apesar deste facto, os testes de hipóteses aplicados para a comparação de médias da cobertura em PS entre a zona urbana e a zona rural mostraram não haver evidências para se inferir que as políticas de RHS levadas à cabo pelas autoridades sanitárias da província de Cabinda, não tenham abordagens específicas em cada uma das zonas, no que diz respeito à colocação do pessoal nas US.

Porém, pode-se observar que a questão fundamental consiste na retenção desse pessoal nas localidades onde foram colocados. Isto mostra a necessidade de se implementar estratégias de RH direccionadas para esta finalidade. Por exemplo, um plano estratégico nacional dos RHS do Mali para o período de 2009-2015, incluiu estratégias de motivação dos RH com distinção de áreas: as de muito difíceis, as difíceis e as parcialmente difíceis (Cellule de Planification et de Statistique, 2009).

Os desafios para manter uma força de trabalho da saúde adequada que atenda às necessidades da população exigem um esforço sustentado no planeamento e desenvolvimento das acções (Henderson & Tulloch, 2008). Isto requer capacidades de gestão. Dieleman & Harnmeijer (2006) relatam pesquisas sobre gestão de RHS no Canadá e nos Estados Unidos de América, que demonstraram a importância das capacidades de liderança e de gestão para o desempenho bem-sucedido.

Muitos países Africanos têm uma capacidade limitada para a liderança e governação dos RHS em termos de planeamento, gestão, supervisão e avaliação (Comité Regional Africana da OMS, 2012). Dos 57 países identificados com crise de RHS em África, 31 deles tinham planos estratégicos de RHS até 2009. Porém, a maior parte destes planos foram elaborados por consultores internacionais, sendo que a subsequente dependência a esses consultores implica o plano não ser intrinsecamente propriedade do país, com pouca capacidade para sua aplicação e monitorização pelo pessoal das unidades de RH (Fieno, *et al*, 2016).

A maioria dos PS tem uma formação densa no campo biomédico e clínico, mas pouca formação em Ciências Sociais e Humanas, o que reduz suas capacidades em lidar com questões políticas, sociais, culturais e económicas exigidas pela gestão. Esses profissionais têm escassas oportunidades de aprender como direccionar os poderes sociais, económicos e políticos que interferem no setor da saúde (Guimarães, Muzi & Mauro, 2004). Nesta pesquisa, os participantes consideraram haver débil preparação dos gestores, sendo um dos problemas que afecta a GRH na província de Cabinda.

Um outro factor identificado neste estudo relaciona-se com o desequilíbrio entre a oferta e a procura de PS, ou seja, como foi referido, a absorção pelos serviços públicos de saúde dos RH formados não acompanha o ritmo de formação. De acordo com as entrevistas aos formadores, a definição do número de vagas para admissão de alunos em cursos de saúde depende de critérios das instituições de formação, principalmente os relacionados com seus recursos. Não foram mencionadas quaisquer acções que demostre haver coordenação entre os serviços de saúde e as instituições formadoras de RH neste sentido.

Isto sugere que a abordagem dos RHS na província em causa não é feita de forma holística e abrangente, com visão em vários aspectos: políticas, planeamento, financiemen-

to, educação, recrutamento, sistemas de gestão de RHS e parcerias entre as várias entidades públicas e privadas, e os diferentes interessados. Esta falta de visão abrangente parece resultar de uma consequência da débil preparação dos gestores em matérias de gestão e liderança dos RH, como foi considerado pelos informantes.

Foi visto que muitas vezes os poucos médicos existentes são utilizados para funções de gestão, um fenómeno comum nos países Africanos (Fronteira & Dussault, 2010). Entretanto, como referem Awases *et al* (2004), o excesso de dependência dos médicos como tomadores de decisões, muitas vezes leva a resoluções e acções focadas em interesses da classe, e gestores com falta de preparação em administração e gestão.

Outro aspecto fundamental na GRH prende-se com a monitorização e avaliação eficaz dos RHS que requer a definição de um conjunto básico de indicadores. A avaliação constante e coerente destes indicadores permite controlar o modo como os programas e as políticas relacionadas com os RH estão a ser implementados (Dal Poz *et al.*, 2009). Nesta pesquisa foi constatado que a grande maioria das US inquiridas não possui indicadores para a monitorização dos RH. Em muitos países Africanos a capacidade para gerar, analisar, divulgar e utilizar dados e informação sobre RHS, para a formulação de políticas, é ainda inadequada. Na maior parte dos casos, a informação sobre os RHS, incluindo dados acerca do número exacto e combinação de competências, continua fragmentada (Comité Regional Africana da OMS, 2012).

Um outro factor que afecta a distribuição dos RHS identificado nesta pesquisa diz respeito a regulamentação das profissões e do comportamento dos PS. Foi visto que na maioria das US inquiridas os informantes apontaram falta de regulamentos, existência de profissionais a exercerem actividades sem o devido cadastramento nas suas respectivas Ordens Profissionais. Isto sugere que a regulamentação não recebe a devida atenção na abordagem dos RHS.

Uma regulamentação bem estabelecida pode assegurar a qualidade de prestação dos serviços de saúde, e a falta dela leva a adopção pelos PS de certos comportamentos que afectam negativamente o desempenho do sistema de saúde. Para além disso, alguns profissionais podem realizar certas funções para as quais não foram formados (Comité Regional Africana da OMS, 2012).

4.5 Conclusão

Esta pesquisa permitiu a obtenção de evidências sobre a situação actual dos RHS na província de Cabinda. O contexto revela escassez e desequilíbrios geográficos dos RHS com baixos rácios de PS por 10.000 habitantes, consistente com a classificação feita pela OMS no 3º Fórum mundial sobre os RHS realizado em 2013, que coloca Angola no grupo I, dos países que não conseguiram atingir o patamar mínimo de 22,8 PS/10.000 habitantes com cobertura em intervenções essenciais inferior a 80%; evolução dos RHS nos últimos 5 anos (2013-2017) oscilatória e falta de retenção dos RHS nas localidades do interior.

Uma variedade de factores contextuais com impacto na distribuição dos RHS foram identificados: Dificuldades de entrada dos PS nos serviços públicos de saúde; migração de PS das áreas do interior para urbanas, do sector da saúde para outros sectores e de uma área profissional para outra; falta de retenção dos RHS colocados nas localidades do interior motivada pela insatisfação e desmotivação dos profissionais, o que leva a estes adoptarem estratégias de enfrentamento da situação; a maioria das US não possui dotação orçamental própria, o que implica mais dificuldades na retenção dos RHS. Outros factores contextuais encontrados dizem respeito à preparação insuficiente dos gestores de RH em matéria de gestão, e a falta de informação que permita a monitorização dos RHS.

Os resultados da pesquisa não corroboram com a hipótese colocada, segundo a qual, a província de Cabinda não possui políticas específicas para os RHS em áreas rurais/remotas. Porém, constata-se a falta de retenção dos PS nessas áreas.

Assegurar a disponibilidade adequada de PS no lugar certo é essencial para a provisão do acesso universal aos serviços de saúde. Com o efeito, a GRH no sector da saúde em Cabinda possui desafios que deve transpor para cumprir o seu papel de prover profissionais adequados em áreas mais necessitadas, bem como mantê-los nessas áreas conforme as necessidades. Isto implica seleccionar intervenções apropriadas, baseadas numa análise da situação e um levantamento dos factores que influenciam a atracção e retenção dos RHS nas localidades do interior.

5. Estudo 3: Análise dos factores que influenciam a atracção e retenção dos PS do sector público em áreas rurais e remotas na província de Cabinda

5.1 Introdução

A distribuição dos RHS constitui um dos grandes desafios para os gestores e políticos da área de saúde ao nível global. Como foi visto anteriormente, um dos principais problemas que os sistemas de saúde enfrentam, sobretudo nos países subsaarianos é a migração dos RHS, quer externa, quer interna ou dentro do país, designadamente das áreas rurais para urbanas, do sector público de saúde para privado, e dos cuidados de saúde primários para os terciários (Mathauer & Imhoff, 2006). Isto traz consequências importantes sobre a acessibilidade aos serviços de saúde, principalmente em áreas mais desfavorecidas do interior, retardando o alcance dos objectivos de desenvolvimento do milénio e desafiando as aspirações de acesso universal à saúde (Lipinge *et al.*, 2009).

Esta situação de rotatividade, sobretudo a mobilidade de RHS da área rural para urbana, como foi constatado, é uma realidade na província de Cabinda, que tem dificuldades na retenção dos PS nas localidades do interior.

Há uma variedade de factores que têm impacto sobre a mobilidade dos trabalhadores de saúde (Dieleman *et al.*, 2003). Identifica-se, em muitos países subsaarianos, a baixa motivação desses trabalhadores como um dos problemas mais importante que tem caracterizado a prestação dos serviços de saúde, demonstrado pelo absentismo, baixa moral, remuneração insatisfatória e ambientes de trabalho com atritos (George, Gow & Bachoo, 2013).

A OMS recomenda estratégias que permitam maior atracção, recrutamento e retenção dos trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas, cujas intervenções, como foi referido atrás, devem ser baseadas num conhecimento profundo do problema (WHO, 2010). Isto requer compreender os factores que influenciam a atracção e retenção de RHS nessas áreas, particularmente aqueles que afectam as suas decisões para permanecerem, ou não, nas mesmas áreas (Lehmann, Dieleman & Martineau, 2008).

Uma análise detalhada desses factores constitui um passo fundamental na compreensão da dimensão do problema e na orientação para a escolha de intervenções apropriadas. Esses factores são dinâmicos e complexos, uma vez que se relacionam com aspectos pessoais, características do sistema de saúde e ambiente social, económico e político (WHO, 2013).

Questões como “porque deixar, ou manter emprego” desafiam pesquisadores e profissionais. Ao longo dos anos, os pesquisadores desenvolveram parciais respostas sobre estes assuntos em que as pessoas manifestam intenção de manter emprego quando estão satisfeitas com o seu trabalho e de deixar quando não estão. Porém, além da satisfação pelo trabalho, há outros factores importantes como o comprometimento organizacional e as alternativas de emprego, que influenciam a rotatividade dos empregados (Mitchell, *et al*, 2001).

A rotatividade dos RH é frequentemente referida pelos gestores como todo o processo associado com o preenchimento de uma vaga: cada vez que uma posição é desocupada, voluntaria ou involuntariamente, um novo funcionário deve ser contratado e treinado (Ongori, 2007).

Este problema, nas organizações da saúde, tem implicações na oferta dos serviços com custos tangíveis, como o recrutamento e despesas de formação, e custos intangíveis como a insatisfação dos profissionais e dos doentes (Zhang, Fried & Griffeth, 2012). Assim sendo, a retenção deve ser o foco sério de atenção dos gestores, concentrando-se nos factores que incentivam o empregado a manter-se na organização.

Para este efeito, uma abordagem de pesquisa inovadora e emergente – *job embeddedness* (inserção no trabalho), oferece um modelo para compreender o porque as pessoas mantêm-se no emprego (Zhang, Fried & Griffeth, 2012).

Mitchell *et al* (2001) definem *job embeddedness* como uma constelação de influências na retenção de funcionários. Este conceito é mais abrangente do que uma simples avaliação da satisfação do indivíduo pelo trabalho. Procura compreender as relações de vida de um indivíduo com a comunidade e com a organização, desde as raízes familiares até as razões que dificultam a sua saída nestas, fornecendo uma compreensão mais ampla sobre as

relações do indivíduo com a comunidade, pessoas e organização que o rodeiam (Mitchell *et al.*, 2001; Zhang, Fried & Griffeth, 2012; Reitz & Anderson, 2011).

Assim, a inserção no trabalho compreende três dimensões (Mitchell *et al.*, 2001; Zhang, Fried & Griffeth, 2012): i) ligações de um indivíduo com outras pessoas, equipas e grupos; ii) percepção de seu ajuste com o trabalho, organização e comunidade; e iii) crenças sobre o que o indivíduo teria de sacrificar, se ele deixasse o seu emprego.

Para além dos factores de inserção no trabalho, encontram-se os factores “*push*”, ou de pressão que empurram os RHS para fora da área onde se quer a sua permanência, e “*pull*”, ou de atracção, que atraem os RHS para outras áreas (Lehmann, Dieleman & Martineau, 2008; Lipinge *et al.*, 2009), influenciando as suas decisões para a permanência, ou não nas zonas mais necessitadas. Esses factores têm sido agrupados em diferentes ambientes em torno do indivíduo (Lehmann, Dieleman & Martineau, 2008):

- i) *Ambiente internacional*, que compreende principalmente factores de pressão tais como melhores salários, condições de trabalho e oportunidades de carreira em outros países;
- ii) *Ambiente nacional*, que envolve tanto factores de pressão como de atracção, designadamente o clima político geral, incluindo a instabilidade política e social, guerras, crimes, etc, bem como as relações de trabalho, situação do serviço público, níveis salariais, carreiras, oportunidades, etc;
- iii) *Ambiente local*, que é essencialmente marcada por condições gerais de vida e do ambiente social;
- iv) *Ambiente de trabalho*, que pode englobar tanto factores de pressão como de atracção, nomeadamente as relações locais de trabalho, estilos de gestão, liderança, oportunidades de educação continuada, infra-estruturas, equipamentos e apoio;
- v) *Factores individuais* como a idade, sexo e estado civil.

Deste modo, as estratégias de recrutamento e retenção dos RHS em áreas rurais e remotas devem abordar duas questões fundamentais (WHO, 2010; Araujo & Maeda, 2013): i) dada a variedade de factores que influenciam as decisões para os PS aceitarem, ou não, trabalhar em áreas mais desfavorecidas do interior, uma intervenção única é improvável ser

bem-sucedida ou suficiente. Como tal, para serem eficazes as intervenções, estas devem ser implementadas em *bundle*, combinadas em diferentes pacotes de acordo com o contexto sócio-económico do país e as características dos RHS em questão; e ii) é necessário alinhar essas intervenções com as preferências e expectativas dos PS, uma vez que as suas decisões de escolha de emprego resultam dessas preferências.

Sobre esta última questão, foi constatado neste estudo que as dificuldades de entrada dos PS nos serviços públicos levam a que estes profissionais preocupem-se com a admissão no emprego e não com a escolha de localização do mesmo. Uma vez conseguido o tão almejado emprego público, eles encontram estratégias de enfrentamento da situação de insatisfação, que podem passar por aceitar qualquer posto de trabalho, mas depois não permanecer na localidade onde se situa (podem adoptar horários de trabalho acordados entre colegas, sem aprovação do decisor), ou conseguir um outro posto de trabalho numa localidade que considera melhor.

Com o efeito, a retenção dos RHS em áreas rurais e remotas deve focalizar-se em estratégias que visam tornar as localidades do interior mais atractivas para os trabalhadores da saúde, através de introdução de um conjunto de incentivos (Araujo & Maeda, 2013), bem como a promoção dos factores de inserção no trabalho (*job embeddedness*), tornando esses trabalhadores mais motivados e menos disponíveis para a rotatividade.

Como foi visto anteriormente, no contexto da província de Cabinda carece-se de estudos que abordam os factores que afectam o recrutamento e a retenção dos PS nas localidades mais desfavorecidas.

Propõe-se, assim, este trabalho com o objectivo de analisar os factores que influenciam a atracção e retenção dos PS do sector Público em áreas rurais e remotas da referida província. Espera-se que este estudo venha informar os decisores, de modo a contribuir no desenvolvimento de estratégias de RH baseadas em evidências, que possam aumentar a oferta de PS em áreas mais necessitadas do interior.

Como objectivos específicos foram definidos os seguintes:

1. Observar as escolhas dos PS em termos de localização geográfica de postos de trabalho onde gostariam de trabalhar;

2. Analisar os factores *push*, *pull* e *job embeddedness* com impacto nas respectivas escolhas e nas decisões desses profissionais em aceitarem permanecer, ou não, em áreas do interior.

5.2 Materiais e métodos

O estudo dos factores que influenciam a atracção e retenção dos PS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda consistiu na análise quantitativa e qualitativa dos factores *push*, *pull* e *job embeddedness*, conhecidos na literatura, em vários estudos que os identificam e os discutem (Lehmann, Dieleman & Martineau, 2008; Lipinge *et al.*, 2009; Mitchell *et al.*, 2001; Zhang, Fried & Griffeth, 2012; Reitz & Anderson, 2011).

A análise quantitativa envolveu a aplicação de estatísticas descritivas como as frequências relativas (proporções em percentagem) que permitem observar a ocorrência de tais factores e a utilização de estatísticas não-paramétricas, como a correlação de *Spearman*, procurando a observação da existência de associações entre os mesmos factores.

A utilização desta prova não-paramétrica permite determinar o grau de associação entre duas variáveis medidas em nível ordinal (Ayres *et al.*, 2007), como é o caso destes factores medidos a este nível, uma vez que foram apresentados para o respondente fazer escolhas pelo grau de importância que dá as localidades (cidade/arredores, vila municipal e comuna/aldeia), na presença ou ausência dos mesmos.

O coeficiente de correlação de *Spearman* é um derivado do coeficiente de *Pearson*, cujos valores situam-se no intervalo entre -1 e + 1 (Lira SA, Neto, 2006).

As análises foram feitas com recurso ao *software* SPSS versão 23, e interpreta-se que 0 indica ausência de correlação; o sinal + ou - indica uma relação positiva ou negativa; 1 correlação perfeita; < 0,5 moderada fraca; > 0,5 moderada forte. Uma vez obtido o coeficiente, podem ser utilizados os testes estatísticos e construção de intervalos de confiança para provar a significância. A estimação do coeficiente de determinação r^2 nos mostra a percentagem da variabilidade dos dados que explica a associação entre as variáveis (Martínez Ortega *et al.*, 2009), com um nível de significância $\alpha = 0,05$, isto é, a probabilidade da nossa conclusão estar errada, menor que 0,05 (Hill & Hill, 2005).

Pela análise qualitativa examinamos a informação relacionada com sentimentos, opiniões e vivências, recorrendo-se à análise de conteúdo (como descrito na subsecção 2.4). Esta consistiu na extracção das respostas às questões abertas do questionário que foram agregadas em categorias e interpretadas qualitativamente. Para preservar as identidades dos participantes, estas foram codificadas em Part.1...Part. 2 (participante 1...participante 2...).

O estudo utilizou dados transversais recolhidos através de um questionário previamente testado para verificar se este instrumento apreende a informação requerida. Com o efeito, utilizamos uma população diferente, mas com interesses nos RHS, sendo os estudantes do último ano dos cursos de medicina e enfermagem que já começam a ter preocupações sobre o seu futuro emprego. Foram seleccionados por conveniência 30 estudantes da UON, que foram inqueridos sobre as suas intenções de se fixar ou não nas localidades do interior quando terminarem os cursos e serem admitidos nos serviços públicos da saúde.

Após o teste do questionário, correcções foram feitas de modo a ajustá-lo para a coeção da informação necessária.

O questionário definitivo foi construído com base nos factores de atracção e retenção dos PS estudados em vários contextos, sobretudo nos países de baixa e média renda (como descritos atrás), e incluiu perguntas fechadas com duas a três opções de respostas, e espaços abertos para os participantes exprimirem as suas ideias, sentimentos, opiniões e vivências, completando a informação que não pode ser expressa através das questões fechadas (ver questionário estudo II em anexos 5).

Participaram da pesquisa PS das principais categorias (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica) nacionais que exercem actividades nas diversas US do sector público da saúde em toda província de Cabinda, seleccionados através de uma amostragem estratificada (anteriormente descrita), de modo a alcançar todas as categorias de PS.

O tamanho amostral foi definido com base na seguinte fórmula (Gil, 2008):

$$n = \frac{\sigma^2 pqN}{e^2 (N-1) + \sigma^2 pq}$$

Onde n =Tamanho da amostra; σ^2 = nível de confiança escolhido (95%) expresso em número de desvios-padrão; p = percentagem com a qual o fenómeno se verifica (os profissionais em estudo totalizam 1660, uma percentagem de 63,3% do total dos trabalhadores de saúde na província de Cabinda em 2015); q = percentagem complementar (os outros trabalhadores, nomeadamente os não clínicos totalizam 861 no mesmo ano, representando 37,7%); N = Tamanho da população (total de trabalhadores de saúde em 2015 = 2620) (Secretaria Provincial da Saúde, 2016a); e^2 = Erro máximo permitido (3%). Deste modo, o tamanho da amostra totalizou 291 sujeitos (17,5%) descritos mais adiante.

Após a construção do questionário definitivo e a devida autorização da pesquisa pelas autoridades sanitárias da província de Cabinda (ver ofícios em anexos 3), foi feita a recolha de dados nos meses de Dezembro de 2016 e Janeiro de 2017 nos locais de trabalho dos sujeitos.

5.3 Resultados

5.3.1 Os participantes

Dos 291 participantes desta pesquisa 26,8% são do sexo masculino e 73,2% feminino. As suas idades vão de 23 anos (mínima) à 68 anos (máxima), e uma média de 44 anos. 12% são solteiros, 71,5% vivem com parceiros, 11% casados e 5,5% separados (divorciados ou viúvos).

O tempo de experiência profissional vai de 1 ano (mínimo) à 42 anos (máximo), e uma média de 17 anos de serviço. 14,1% são médicos, 79,2% enfermeiros e 13,1% TDT.

40,9% tem licenciaturas nas respectivas profissões; 0,7% pós-graduação; 2,4% bacharel; 51,2% técnicos médios de enfermagem; e ainda 4,8% técnicos básicos em enfermagem.

64,3% desses profissionais exerce actividades na zona urbana e 35,7% nas localidades do interior.

5.3.2 Análise quantitativa

Para constataremos quantitativamente em que medida os factores de atracção e retenção atrás descritos interferem nas decisões dos PS para permanecerem, ou não em áreas rurais e remotas analisamos: i) as escolhas da localização geográfica do emprego pelos PS; ii) a implicação dos factores de atracção e retenção: salário, rendimento extra, habitação, meio de transporte, formação, promoção na carreira, condições de trabalho e de vida do profissional; e iii) a implicação dos factores de inserção no trabalho na retenção dos PS: satisfação e comprometimento no trabalho, perdas em caso de saída do local do trabalho, preocupação com o tempo indeterminado no interior.

i) Escolhas da localização geográfica do emprego pelos PS

Pela estatística descritiva verificamos que a maioria dos PS participante da pesquisa (64,6%) escolheu trabalhar na zona urbana (cidade e arredores); 21,6% nas sedes municipais (vilas dos municípios do interior) e 13,7% nas comunas ou aldeias (localidades remotas do interior).

ii) A implicação dos factores de atracção e retenção nas decisões dos PS para trabalharem em áreas rurais/remotas

Os participantes ao serem convidados para opinarem sobre a questão da diferenciação do salário consoante a localização geográfica do emprego, verificamos, através da estatística descritiva que 45,7% dos mesmos considerou a possibilidade de permanecer nas localidades do interior se o salário pago nestas fosse diferenciado; 35,7% não se fixaria nestas localidades mesmo que houvesse um salário relativamente maior; e 18,6% mostrou-se indiferente, pois para além do salário considerou haver mais motivos que possam determinar a decisão de se fixar, ou não no interior.

A correlação de Spearman entre a escolha da localização do emprego e a suposição de um melhor salário para quem trabalhe nas localidades do interior mostrou-se baixa

(0,231). Porém, significativa com significância $< 0,05$, o que explica o salário ser um determinante na retenção dos RHS em áreas rurais e remotas.

No que se refere ao rendimento extra, para a maioria dos participantes (61,2%) a possibilidade de obtenção deste através de empregos múltiplos não constitui motivo para não se fixar nas localidades do interior. Porém, 33,3% considerou o contrário, o rendimento extra constitui o motivo para não permanecer no interior; e 5,5% entende ser mais um motivo, de entre os vários que levam os PS a preferirem trabalhar na zona urbana, onde há mais alternativas para empregos múltiplos. Este factor quando correlacionado com a escolha de emprego mostrou um coeficiente baixo e negativo (-0,29) e com uma significância de 0,617, superior a 0,05, mostrando ser um factor não explicativo da decisão de permanência dos PS em áreas rurais/remotas.

Convidados os participantes para opinarem acerca da possibilidade de aquisição de uma casa própria na localidade do interior, 45% considerou que não se fixaria nesta zona mesmo com uma casa própria no local; contrariamente para 41,9% que declarou a possibilidade de uma casa própria numa localidade do interior ser determinante para a sua permanência nela; e 13,1% mostrou-se indiferente por considerar que para além da casa própria há mais factores que interferem nesta decisão. Este factor ao ser correlacionado com a escolha de emprego revelou-se baixa (0,283), mas com uma significância $< 0,05$, mostrando ser um factor explicativo para a permanência dos RHS nesta área.

A questão do meio de transporte revelou-se importante na permanência dos PS em áreas do interior: 47,8% dos participantes declarou que fixar-se-ia nesta zona se lhe oferecesse possibilidade para adquirir um meio de transporte individual; 35,7% entende que essa possibilidade não é determinante nesta decisão; e 16,5% mostrou-se indeciso. A correlação entre a escolha de localização do emprego e a suposição de se incluir um meio de transporte numa proposta de trabalho para o interior mostrou-se baixa (0,294). Contudo, apresentou-se com significância $< 0,05$, revelando que o meio de transporte é também um factor determinante para a retenção dos RHS nas localidades do interior.

A possibilidade de continuar o estudo após o cumprimento do trabalho no interior também foi inquirida, na qual 61,5% dos PS considerou que aceitaria fixar-se nessa zona se recebesse uma proposta de trabalho que incluía a continuação da sua formação académico-

profissional; 28,2% não considerou este factor; e 10,3% indiferente. O coeficiente de correlação de Spearman foi muito baixo 0,07 praticamente a indicar ausência da correlação, e a significância 0,191, superior que 0,05. Este factor revela-se não explicativo na decisão dos PS para se fixarem em áreas rurais/remotas.

No que diz respeito à promoção na carreira dos PS, os participantes consideraram o factor como importante: 63,9% ficaria no interior se na sua proposta de trabalho incluísse a possibilidade de promoção; 25,4% não o considera importante nas suas decisões; e 10,7% mostra-se indiferente. A correlação entre este factor e a escolha do emprego revelou-se 0,223, mas com significância $< 0,05$, o que se pode inferir que a promoção na carreira dos PS é um factor explicativo da retenção destes em áreas rurais e remotas.

As condições de trabalho é outro factor que foi valorizado pelos inquiridos: 57,7% declarou que a melhoria das condições de trabalho (equipamento, instalações, recursos humanos) é determinante para a sua permanecer no interior; 30,3% considerou não ser importante para sua aceitação nesta localidade; e 12% mostrou-se indiferente. Quando correlacionado o factor com a escolha de emprego, o mesmo mostrou uma fraca correlação 0,132, mas com significância 0,024 inferior a 0,05, podendo inferir-se que as condições de trabalho têm influência na retenção dos PS em áreas do interior.

Relativamente as condições do próprio profissional, especificamente a possibilidade de viver com a sua família na zona do interior onde estiver a trabalhar, este factor também se mostrou importante: 56,0% aceitaria fixar-se no interior se pudesse ter condições de viver com a sua família naquela localidade; 38,1% não partilha da opinião, e 5,8% indiferente, considerando que há mais factores a ter em conta. Quando correlacionado com a escolha de emprego mostrou uma correlação fraca 0,122, mas com uma significância de 0,038, inferior a 0,05, o que mostra o factor ser explicativo na decisão dos PS em permanecerem, ou não, nas localidades do interior.

iii) A implicação dos factores de inserção no trabalho na retenção dos PS

Os participantes também foram convidados a opinarem sobre os factores que ligam a sua vida com a comunidade e com a organização. Observamos que uma grande maioria

(91,4%) afirmou ter preocupação com o tempo indeterminado que os profissionais são mantidos no interior sem serem substituídos por outros, pois não existem normas definidas de recrutamento e retenção de RH em áreas rurais e remotas; uma pequena percentagem (5,2%) não considerou o factor, e 3,4% indiferente.

Para 55,8% dos PS colocados nas localidades do interior os seus locais de trabalho são favoráveis, o contrário para 40,4% que considerou desfavoráveis. 55,8% dos PS destas localidades gostaria de trocar os seus postos de trabalho por outros que consideram melhores.

Na zona urbana a situação mostrou-se diferente. A grande maioria dos PS (73,3%) considerou serem favoráveis os seus locais de trabalho, e 63,6% não trocava de seus postos de trabalho se lhes fosse proposto para tal.

61,5% de todos os inquiridos deixariam as suas unidades para outras que lhes oferecessem melhores condições de trabalho e de vida (salário e outros benefícios); 28,5% não partilha desta opinião, 10,0% indiferente.

Para 55,8% dos PS colocados no interior, não existem outros motivos, para além do salário, que os levem a permanecer nas suas unidades. Contrariamente na zona urbana, 69,5% dos PS considerou ter, para além do salário, outros motivos pelos quais não queiram sair das suas unidades em troca por para outras.

72,5% de todos os participantes considerou que as suas relações com a comunidade, colegas e chefia dos serviços ajuda a manter-se nas unidades; 19,6% não partilha desta opinião, e 7,9% indiferente.

Dos PS colocados no interior 58,7% está satisfeito com o emprego por ser seu sustento. Porém, uma cifra significativa (33,7%) não está satisfeita, apesar de necessitar deste emprego. Observa-se ainda uma cifra de 7,7% sem opinião, se está ou não satisfeita com os postos de trabalho. Para os PS colocados na zona urbana é o contrário, constata-se uma grande maioria (80,2%) satisfeita com os seus postos de trabalho e uma pequena parte (11,2%) que declara não estar satisfeita.

47,1% dos PS das localidades do interior considerou que o modo como vive nessas localidades, nomeadamente as condições de vida locais, relações com a comunidade, é um motivo que leva a não permanência no posto de trabalho. Para 80,8% desses profissionais

não perderiam nada se tivessem que deixar as suas unidades em caso de troca ou transferência para outras unidades. Já nos PS da zona urbana ocorre o contrário, a grande maioria (70,1%) alega as suas condições de vida na localidade onde trabalha como motivo para a permanência no posto de trabalho.

5.3.3 Análise qualitativa

A análise de conteúdo das respostas às questões abertas deu origem a quatro categorias temáticas: i) razões de escolha da localização do emprego; ii) permanência, (ou não) dos PS nas localidades do interior; iii) pressão para deixar o posto de trabalho e atracção por outros; e iv) inserção no trabalho.

Razões de escolha da localização do emprego: A escolha de localização do emprego pelos PS é determinada por várias razões. As principais relatadas na literatura relacionam-se com factores socio-económicos (melhores salários, oportunidades de formação, e outros) e a insatisfação (Awases *et al.*, 2004).

Nesta pesquisa, as razões para as escolhas de localização do emprego apontadas pelos participantes prendem-se com as condições sociais e financeiras do profissional, proximidade do mesmo com a sua família, condições de trabalho e de vida que podem ser oferecidas nos outros postos de trabalho (mais salário, promoção na carreira, meio de transportes, e outras) e a possibilidade para obtenção de rendimentos extras num local com essas oportunidades:

“...não deixo a minha família para trabalhar distante...” (participante 6);

“As razões da escolha que fiz é que me facilitam o transporte para o local de serviço” (part. 7);

“Zona urbana é a minha preferência por ser local com mais abertura...supermercados, lojas, até clínicas com oportunidade para ter rendimento extra” (Part. 18).

“...o salário é muito inferior, portanto não dá trabalhar fora do meu município” (Part. 38).

“Porque na zona urbana ou cidade e arredores me facilita a poupar o dinheiro no transporte...” (part.58).

Permanência, (ou não) dos PS nas localidades do interior: A retenção dos RHS tem sido identificada como uma das principais estratégias para aumentar o acesso à estes recursos em áreas rurais e remotas (WHO, 2010).

Nesta pesquisa foram mencionados vários factores que levam a não permanência dos PS nas localidades do interior, nomeadamente a baixa motivação (por falta de estímulos salariais, promoção na carreira, oportunidade de formação), deficientes condições sociais básicas e de habitabilidade (viver em casas colectivas que não permitem o profissional levar a sua família, dificuldades em energia eléctrica, água, comunicações e outras), falta de meios de transporte, e o tempo indeterminado que os PS são mantidos no interior:

“...o tempo indeterminado que nos têm mantido no interior cria frustração para o técnico” (part.2);

“...desde o ano 2000 que não sou promovida, lamento...” (part.5);

“Permanecer no interior depende também de ter uma casa condigna, meio de transporte que me possibilita a locomoção, especificar o tempo real de permanência pelo menos 2 ou 3 anos, criar condições locais” (part. 18);

“Eu aceitaria permanecer no interior com uma proposta de continuar a minha formação porque preciso de me formar ainda mais...” (Part. 35).

Pressão para deixar o posto de trabalho e atracção por outros: Dentre os factores que influenciam a mobilidade dos RHS incluem-se aqueles que pressionam o profissional para sair do seu posto de trabalho – factores “*push*”, ou de pressão, e os que o atraem para outro emprego – factores “*pull*”, ou de atracção (Lehmann, Dieleman & Martineau, 2008; Lipinge *et al.*, 2009).

Nesta pesquisa foram identificados como factores de pressão o isolamento, o insuficiente salário e as deficientes condições de trabalho e sociais dos RHS, e como factores de atracção os benefícios que a zona urbana oferece, nomeadamente a possibilidade para um rendimento extra:

“Temos várias dificuldades: más condições alimentares, isolamento...se for para uma nova unidade vou ganhar uma nova vida” (part.2);

“...o Ministério da saúde não paga salário compatível...” (part.3);

“...ninguém estuda para viver mal...deve melhorar as condições...gostaria de ter um bom salário, casa em condições, boa alimentação...” (part.5);

“Não estou satisfeito com a minha unidade porque não oferece condições adequadas...é uma desgraça” (part.10);

“...ando a procura de onde tem melhores condições de vida para trabalhar” (part.36).

Inserção no trabalho: As decisões de permanecer ou não num posto de trabalho podem ser influenciadas por conexões inter-relacionadas entre o empregado, a organização e a comunidade (Reitz & Anderson, 2011).

Isto envolve as ligações de um indivíduo com outras pessoas, equipas e grupos; percepção de seu ajuste com o trabalho, organização e comunidade; e suas crenças sobre o que ele teria de sacrificar se deixasse o seu emprego (Mitchell, *et al*, 2001; Zhang, Fried & Griffeth, 2012).

Nesta pesquisa, foram identificados como factores que promovem a inserção no trabalho: a partilha de vida com a família; as relações do profissional com a comunidade, colegas e chefia dos serviços; a motivação e comprometimento do profissional com a sua unidade e com a comunidade:

“O maior motivo que me leva a gostar da minha unidade é que estou a trabalhar numa localidade onde está a minha família e a minha comunidade” (part.1);

“Sinto-me satisfeito na minha unidade porque há boa colaboração com a chefia” (part.9);

“Já ando acostumado com a minha comunidade. Se tivesse que sair perderia as minhas relações com as pessoas” (part.15);

“Se tivesse que sair da minha unidade perderia as amizades que aqui criei, o carinho que as pessoas me dão, o conhecimento que já tenho com os governantes do município” (part.18).

5.4 Discussão

A literatura relata que os PS preferem trabalhar em áreas com melhores oportunidades para a obtenção de renda, desenvolvimento profissional e melhores condições de vida (Awofeso, 2010). Isto leva a mobilidade destes profissionais que resulta em *déficit* dos mesmos, particularmente sentido nos serviços de primeira linha e em áreas com elevadas necessidades de saúde, o que constitui um obstáculo crucial no desempenho eficaz da maioria dos sistemas de saúde, sobretudo nos países Subsaarianos (Lipinge *et al.*, 2009).

Os resultados desta pesquisa são consistentes com este facto, ao mostrarem que a maioria dos participantes (64,6%) se tivesse oportunidade para escolher onde trabalhar, a zona urbana seria a sua preferência.

Foi visto no primeiro estudo desta tese – análise da situação actual dos RHS, que os rácios PS/10 000 habitantes são melhores nos municípios de interior que na zona urbana. Porém, identificam-se problemas de retenção dos profissionais alocados nesses municípios.

A presente pesquisa mostra um conjunto de factores que têm influência na decisão dos PS para se fixarem, ou não, nas localidades do interior.

Um dos factores com impacto nesta decisão relaciona-se com os incentivos financeiros, que embora a correlação é fraca, explica a escolha da localização de emprego pelos PS. A fraca correlação parece ser motivada pelo facto de o profissional considerar várias condições.

A literatura sobre atracção e retenção de trabalhadores de saúde mostra os incentivos financeiros como importante factor de motivação desses trabalhadores, principalmente nos países onde os salários são insuficientes para as suas necessidades (Henderson & Tulloch, 2008), como no caso de Angola. No entanto, a ocorrência deste factor no contexto estudado, parece levantar uma questão que a literatura pouco explora: Enquanto a abordagem em vários contextos foca nos baixos salários e na necessidade dos incentivos monetários, este estudo constatou que para além destas questões adiciona-se o facto de o salário não ter qualquer diferença pela localização geográfica do emprego, que deveria ser dada através de subsídios de fixação à periferia e zonas isoladas, como estabelecido no Decreto-Lei nº 01/03 de 21 de Janeiro (Ministério da saúde, 2012), que nunca foi aplicado.

Sabe-se que cada categoria e carreira profissional têm um salário-base nacional sem qualquer discriminação. No entanto, há uma série de subsídios que vão diferenciando esse salário, como por exemplo o de risco, que justifica trabalhar numa certa área de risco. Assim poderia ser também para as áreas do interior. Os estudos em vários contextos que exploram a discussão sobre incentivos monetários em áreas rurais/remotas, como por exemplo o de Gana, discutem estes incentivos justificando pelas perdas de rendimentos extras, isolamento, cargas de trabalho, entre outros (Snow *et al.*, 2011). Porém, não exploram se existe, ou não, algum elemento que possa diferenciar o salário consoante a localização geográfica do emprego.

Contudo, incentivos financeiros isolados não levam a melhor desempenho dos RHS (Awofeso, 2010). A maioria dos profissionais procura algo além de incrementos salariais, como o desenvolvimento pessoal, melhor habitação, educação para os filhos, especialização entre outros (Lipinge, *et al.*, 2009).

Esta pesquisa igualmente identificou factores não financeiros com impacto na decisão dos PS para a sua permanência nas localidades de interior. Os factores económicos foram os mais frequentemente referidos, mas houve também realce de outros que são de natureza institucional, tais como as deficientes condições de trabalho e sociais do profissional, a necessidade de progressão na carreira e de qualificações profissionais, o que é consistente com resultados de pesquisas na região Africana da OMS que mostraram a melhoria de salários e benefícios não salariais, juntamente com a melhoria das condições de trabalho, supervisão e gestão dos RH, educação e oportunidades de formação como importantes na retenção dos RHS (Lipinge *et al.*, 2009).

Factores como as deficientes condições socio-económicas dos PS, distanciamento destes com as suas famílias e a necessidade dos mesmos em continuar os seus estudos, identificados nesta pesquisa podem funcionar tanto como factores de pressão (*push*) quanto de atracção (*pull*).

O facto de os PS, principalmente enfermeiros e TDT, viverem em casas colectivas disponibilizadas pelo Governo para o exercício de funções nas localidades do interior, não permitindo que estes profissionais levem consigo as suas famílias nas localidades onde trabalham (para além das limitações em infra-estruturas como escolas para os seus filhos estu-

darem) dificulta a gestão de suas responsabilidades familiares. Isto funciona tanto como factor de pressão para não ficarem nas localidades do interior, quanto de atracção pela zona urbana onde têm facilidades para gerir as suas famílias.

Esta questão de habitação vista como importante em vários contextos que a literatura apresenta, como o já referido acima, toma aqui um padrão ainda não explorado nos estudos: Os profissionais não consideram apenas a falta de habitação ou das condições desta, mas também o facto de terem que viver em casas colectivas, partilhando quartos, e outros compartimentos da casa com outras pessoas (colegas) com quem antes nunca tinham convivido, para além de não terem a possibilidade de estar com as suas famílias nas localidades.

Observando-se que a maioria dos participantes deste estudo vive com família (82,5%), e tendo em conta a taxa de natalidade em Angola anteriormente mencionada, (uma média de 5,7, ou seja, 6 filhos por mulher), a questão da habitação é particularmente séria nas decisões dos profissionais para se fixarem em zonas do interior, onde vão viver muitas pessoas na mesma casa.

Foi visto igualmente no estudo anterior que o problema dos trabalhadores-estudantes desafia a GRH, tanto pela migração de profissionais, quanto pelo absentismo que causa. A necessidade de continuação dos estudos (como referido pelos participantes), sobretudo dos PS com nível académico pré-universitário é um factor de pressão e de atracção que leva muitos PS a não permanecerem no interior, porque querem sair dessa zona para irem continuar os seus estudos como trabalhadores-estudantes, e por outro lado, a zona urbana os atrai porque detém as instituições de ensino superior onde podem estudar.

A influência do factor formação nas decisões dos PS para a permanência, ou não, no interior apresenta um padrão que tem sido pouco explorado na literatura. Em vários contextos, como por exemplo, num estudo em Mali, a formação e treino em serviço dos médicos funciona como um estímulo para estes enfrentarem os desafios das áreas rurais isoladas, aumentando a sua auto-confiança (Van Dormael et al, 2008).

Nesta pesquisa, para além deste aspecto, os profissionais mostram-se preocupados na formação académica em nível imediatamente superior, por exemplo, o técnico médio, enquanto trabalha precisa ir frequentando a licenciatura, e o licenciado, a pós-graduação. O

profissional que consegue esta oportunidade facilitada pelos serviços da saúde, considera-a um estímulo, como se pode verificar na seguinte expressão: “*Eu aceitaria permanecer no interior com uma proposta de continuar a minha formação porque preciso de me formar ainda mais...*” (Part. 35).

Os factores *push/pull* até aqui discutidos nesta pesquisa são consistentes aos encontrados nos estudos realizados na região Africana da OMS por Lipinge *et al.* (2009), anteriormente mencionados, em 4 países de África Oriental e Austral: Swazilandia, Zimbabwe, Tanzania e Kenya, que apontam os baixos salários, cargas de trabalho irrealistas, más infra-estruturas e condições sub-óptimas de trabalho (ambientes pobres, planos de carreira não definidos), atracção pelas possibilidades ou promessas de melhoria de qualidade de vida, melhores salários e oportunidades de estudos e especialização, como factores que levam a mobilidade dos PS nestes países.

Foi também identificado no presente estudo, o tempo indeterminado que os PS são mantidos nas localidades do interior como um factor de pressão. Em outros contextos, este factor também tem sido encontrado. Por exemplo, um estudo em Tonga (Oceania) mostrou o isolamento profissional como um factor que diminuiu a permanência dos RHS em áreas rurais e remotas (WHO, 2004e). Pesquisas sugerem que os RHS em áreas rurais devem ter rotações periódicas agendadas para evitar o prolongado isolamento profissional (Henderson & Tulloch, 2008).

A pesquisa identificou ainda factores de inserção no trabalho com impacto nas decisões dos PS para a sua permanência, ou não, nas localidades do interior. A convivência com a família na localidade de trabalho, as boas relações com os colegas e chefia da unidade e com a comunidade, a motivação e comprometimento do profissional com o seu trabalho foram vistos como factores que ajudam os PS a suportarem as localidades do interior.

Resultados idênticos foram encontrados num estudo em Suazilândia que identificou o nível de satisfação no trabalho, a atitude do empregado na sua instituição e o tratamento que recebe por parte do empregador, o apoio prestado aos trabalhadores de saúde, como factores que influenciam a decisão dos PS em aceitar, ou não, um emprego em áreas desfavorecidas do interior (Lipinge *et al.*, 2009).

A identificação desses factores é fundamental para o desenvolvimento de estratégias capazes de melhorar a retenção dos RHS (Reitz & Anderson, 2011), uma vez que incentivam o profissional a manter-se no seu posto de trabalho (Zhang, Fried & Griffeth, 2012). Alguns desses factores são pouco exigentes em termos de financiamento para a sua resolução, exigindo uma melhor organização da GRH que pode apoiar as condições de trabalho e garantir a rotação dos PS em áreas rurais e remotas.

5.5 Conclusão

Esta pesquisa permitiu a identificação e discussão dos factores que influenciam a atracção e retenção dos RHS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda. Foi assim descrito um conjunto de factores *push/pull* e *job embeddedness* com impacto nas decisões dos PS em permanecer, ou não nas localidades do interior.

Os factores *push/pull* identificados incluem os salários que não são diferenciados consoante a localização geográfica do emprego, a possibilidade de obtenção de rendimentos extras através de empregos múltiplos, condições sociais do profissional (casa própria, meio de transporte, comunicações, infra-estruturas sociais nas localidades do interior), gestão das responsabilidades familiares, necessidades de continuação dos estudos e promoção na carreira, condições de trabalho (equipamentos, RH, instalações e outras), que tanto podem exercer pressão para o profissional não permanecer na localidade onde foi alocado, como podem atraí-lo para a área urbana. Os factores *job embeddedness* incluem a convivência com a família, as ligações com os colegas, chefias e com a comunidade, e o comprometimento do profissional com o seu trabalho.

A identificação desses factores é fundamental para informar a tomada de decisão, visando o desenvolvimento de estratégias de RH que integrem pacotes de medidas considerando, para além da compreensão do contexto dos RH, um conhecimento dos factores com impacto nas decisões dos PS para se manterem, ou não nas localidades do interior.

6. Estudo 4: Sugestões de estratégias para aumentar a atracção e retenção de RHS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda: uma tradução dos resultados de estudos para informar a tomada de decisão

6.1 Introdução

Desenvolver políticas para aumentar o acesso universal aos serviços de saúde constitui um importante desafio para os políticos e gestores da área de saúde (Walley *et al.*, 2007).

Essas políticas para serem eficazes devem ser informadas pelas evidências científicas (WHO, 2004c; Ssengooba *et al.*, 2011), sendo esta uma necessidade que levou à preocupação com estudos relativos a tradução e utilização de pesquisas, examinando os diferentes modos de transferir os resultados destas para sua utilização (Hinchcliff, Greenfield & Braithwaite, 2014).

Ao longo dos últimos anos, houve grandes discussões internacionais sobre como aproveitar a investigação em saúde de forma mais eficaz para alcançar os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM), e outros objetivos nacionais de saúde, sobretudo nos países de média e baixa renda (Moynihan *et al.*, 2008), que enfrentam desafios adicionais ao uso de provas de investigação, tais como: debilidades dos sistemas de saúde; falta de regulamentação profissional e oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo; falta de acesso às provas de investigação e os efeitos de não regulamentação de certos aspectos relacionadas com interesses comerciais como, por exemplo, os mercados de medicamentos (Haines, Kuruvilla & Borchert, 2004).

Na última década vêm ganhando proeminência na formulação de políticas as abordagens participativas (Nabyonga-Orem, Gebrikidane & Mwisongo, 2016), onde a mobilização de todos os *stakeholders* é um elemento fundamental.

Identificar as partes-chaves interessadas e envolvê-las no processo de planeamento estratégico permite basear a tomada de decisão em evidências, acrescentar valor e conse-

guir uma maior adequação do plano por parte dos intervenientes do processo (Dussault & Dubois, 2003).

Assim, projetos colaborativos envolvendo decisores políticos, investigadores e partes interessadas emergiram como uma solução atractiva para a tradução de conhecimento (Hinchcliff, Greenfield & Braithwaite, 2014).

Entre os vários modelos interactivos e inovadores de formulação de políticas, o “*Policy Dialogue*” (diálogo de políticas) é reconhecido e considerado como o mais aplicável em vários contextos e em diferentes setores (Nabyonga-Orem, Gebrikidane & Mwisongo, 2016).

O modelo mostrou facilidade de consenso sobre os desafios, metas, interesses e soluções através da envolvimento e participação das partes interessadas, permitindo a articulação efectiva, planeamento e implementação de programas (Rajan *et al.*, 2015).

Em muitos países, sobretudo os subsaarianos, o diálogo de políticas entre os ministérios da tutela, partes interessadas e parceiros continua a ser limitado. Inquérito de acompanhamento da OMS mostrou que apenas 38% dos planos estratégicos dos RHS na Região Africana da OMS foram desenvolvidos com a participação das partes interessadas do sector público e privado (Comité Regional Africana da OMS, 2012).

A exemplo de África do Sul, desde o início da década de 1990, os formuladores de políticas trabalham em estreita colaboração com pesquisadores sobre temas relacionados à política de saúde, incluindo o monitoramento e avaliação da implantação da terapia antirretroviral (Moynihan *et al.*, 2008).

A Libéria é também um exemplo na implementação de diálogo de políticas. O seu contexto é caracterizado como pós-guerra, altamente dependente de doadores e uma recente catástrofe do surto de Ébola. Apoiado pela União Europeia, OMS e Luxemburgo, em 2011, essas três entidades entraram em acordo de colaboração para apoiar o diálogo de políticas sobre a estratégia e plano nacional de saúde (Nabyonga-Orem, Gebrikidane & Mwisongo, 2016).

O diálogo de políticas é definido como um diálogo centrado nos processos políticos e de tomada de decisão que contribui para a realização de mudanças e decisões de políticas baseadas em evidências e consensual às partes interessadas. É parte integrante dos proces-

sos de política e de tomada de decisões, destinada a contribuir para desenvolver ou implementar uma mudança de políticas, após uma série de discussões baseadas em evidências, *Workshops* ou consultas sobre um determinado assunto. Este diálogo pode ser conduzido em qualquer nível do sistema de saúde onde um problema é percebido e uma decisão, política, plano ou acção sejam necessárias (Rajan *et al.*, 2015).

Assim, para sugerir estratégias baseadas em evidências, capazes de aumentar o acesso aos RHS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda, foi realizado este trabalho com o objectivo geral de conduzir um *Workshop de Policy Dialogue*, como forma de traduzir os resultados da pesquisa para informar a tomada de decisão.

Como objectivos específicos:

1. Partilhar os resultados deste projecto de investigação com os *stakeholders* e obter suas sugestões;
2. Sugerir estratégias com base nos resultados dos estudos realizados no âmbito deste projecto e nas opiniões dos *stakeholders*.

6.2 Materiais e métodos

Um *Workshop de Policy Dialogue* foi conduzido, com 35 participantes entre gestores de RH da saúde e de unidades sanitárias vindos dos quatro municípios da província de Cabinda, responsáveis de Ordens profissionais, médicos, enfermeiros e docentes universitários. O evento teve lugar na Secretaria Provincial da saúde no dia 21 de Março de 2017.

A selecção dos participantes foi feita em duas fases (Boyko *et al.*, 2012): a primeira consistiu na identificação de todos os interessados na problemática dos RHS, com a colaboração da Secretaria Provincial da Saúde. A segunda fase envolveu a selecção e convite dos participantes.

A selecção dos participantes foi feita por acessibilidade e intencional, de modo a abranger os indivíduos com motivação sobre o assunto e uma representatividade de todos os grupos interessados (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnósticos e terapêutica, trabalhadores administrativos e de apoio hospitalar, Ordens e associações profissionais, gestores,

planeadores e docentes universitários). Os convites e a preparação do espaço para a realização do evento foram feitos pela secretaria provincial da saúde.

Em termos de procedimentos, o *Workshop* ocorreu em três momentos: o primeiro consistiu na apresentação do contexto dos RHS e dos resultados dos estudos realizados no âmbito deste projecto de pesquisa; no segundo momento foi feita a divisão dos participantes em três grupos e a distribuição dos documentos para análise em cada um dos grupos: os resultados do 1º e do 2º estudos deste projecto (expostos nas secções 3 e 4) e um *policy paper* (uma revisão sistemática de literatura preparada para buscar evidências e experiências de outros contextos) intitulado “*Como aumentar a atracção e retenção dos RHS em áreas rurais e remotas na província de cabinda: workshop de policy dialogue*”.

Cada um dos grupos discutiu o seu documento com o propósito de responder a seguinte questão: “*Como tornar as áreas do interior mais atractivas para os RHS na província de Cabinda?*”.

O terceiro momento foi reservado à plenária, com apresentação e discussão das propostas de cada grupo e conclusões, tendo o *Workshop* durado cerca de 2 horas e 30 minutos.

6.3 Resultados

6.3.1 Os participantes

Os 35 participantes do *workshop de policy dialogue* distribuem-se quanto as suas funções/ocupações da seguinte forma: Administradores de serviços de saúde – 1 (3%); Gestores de RH – 4 (11%); Directores de US – 5 (14%); Docentes universitários – 3 (8%); representantes de Ordens e Associações Profissionais – 3 (9%); Médicos – 9 (26%); Enfermeiros – 6 (17%); Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) – 2 (6%) e Pessoal Administrativo e Apoio Hospitalar – 2 (6%). Quanto ao género os participantes distribuem-se em masculino – 14 (40%) e feminino 21 (60%).

6.3.2 Sugestões dos participantes para estratégias que visam aumentar a atracção e retenção dos RHS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda

As discussões dos participantes em plenária resultaram em sugestões de estratégias para aumentar a atracção e retenção dos RHS em áreas rurais e remotas, cujas intervenções sugeridas foram dispostas em quatro categorias, como recomendado pela OMS (WHO, 2010): i) educação; ii) regulamentação; iii) incentivos financeiros; e iv) apoio profissional e pessoal.

i) Intervenções em educação

Os participantes propõem como intervenções em educação as seguintes:

- Oferta de oportunidades para a continuação de estudos aos profissionais (graduação, pós-graduação ou especialização, de acordo a cada caso) após o cumprimento do trabalho em áreas do interior;
- As acções de formação contínua que frequentemente ocorrem na zona urbana também devem ter lugar no interior, de modo a proporcionar maior interacção entre profissionais de diversas localidades, o que também evita o sentimento de abandono e de isolamento que os PS das áreas rurais e remotas vivenciam;
- A secretaria provincial da saúde pode negociar protocolos com as instituições de ensino superior locais que permitam dar oportunidades de ingresso aos cursos de saúde à candidatos de origem rural;
- Proporcionar condições para estágios de alunos dos cursos de saúde nas unidades sanitárias dos municípios do interior, aproveitando o facto de haver protocolos de cooperação entre a Secretaria Provincial da Saúde e as instituições de ensino, o que pode permitir maior conhecimento dos futuros PS dessas localidades e possibilidade de despertar interesses para o trabalho nas mesmas;

- Os profissionais recém-formados devem passar por um treinamento antes de serem colocados em áreas isoladas, pois, encontram dificuldades que muitas vezes não têm ajuda para superá-las;

ii) *Intervenções reguladoras*

Para os participantes as intervenções reguladoras podem incluir:

- Divulgar entre os profissionais e alunos dos cursos de saúde a normatização existente sobre os serviços obrigatórios no interior;
- Devem ser celebrados contratos com o profissional a ser colocado no interior, definindo o tempo de permanência nesta localidade, devendo ser cumprido por ambas as partes, de modo a evitar incertezas sobre o tempo de trabalho a cumprir no interior;
- A rotação de RHS no interior deve ser regulamentada para que não haja profissionais que trabalhem por longos períodos nesta área, enquanto outros não passam, ou fazem pouco tempo na mesma;
- O recrutamento de RHS de forma centralizada como tem vindo a ser realizado leva a que o profissional, após a recepção da guia de colocação para o interior, adote estratégias de enfrentamento de modo a não permanecer naquela localidade. Para contrapor a esta situação, o recrutamento deve ser feito de forma descentralizada nos municípios e nas US;
- Normas ou regulamentos internos sobre o recrutamento e retenção de RHS no interior devem ser elaborados e divulgados entre os profissionais e futuros profissionais;
- Os quadros orgânicos das US devem ser elaborados e aprovados por forma a ilustrar em cada unidade, o pessoal existente e em falta;
- A normatização de serviços obrigatórios não deve focalizar apenas para profissionais recém-admitidos, devendo abranger também para os profissionais seniores, pois têm mais experiências e podem ajudar os novos a superar as dificuldades;

- A monitorização e supervisão deverá fazer parte desse conjunto de intervenções reguladoras de modo a permitir o cumprimento das normas e regular o comportamento dos profissionais.

iii) *Intervenções para incentivos financeiros*

Os incentivos financeiros incluem usar uma combinação de estímulos fiscalmente sustentáveis (Carvalho, Marques & Silva, 2016). Como tal, os participantes reconhecem que o salário é nacional e não existe diferenciação salarial pela localização geográfica do emprego em Angola.

Assim, consideram necessário que os salários sejam compatíveis, considerar as horas extraordinárias e os subsídios de isolamento estabelecidos no Decreto-Lei nº 01/03, de 21 de Janeiro.

iv) *Intervenções para suporte pessoal e profissional*

Para os participantes as intervenções de suporte pessoal e profissional podem incluir:

- Garantir as condições sociais básicas para o profissional a colocar no interior, proporcionando-lhe facilidades para a aquisição de casa própria e meio de transporte individual; apoio alimentar; e segurança nas US. Os tomadores de decisões em RH argumentam que os administradores municipais estão orientados para criarem as condições necessárias à recepção dos novos profissionais a serem colocados nos seus municípios. Porém, impõe-se a necessidade de elaborar e implementar programas com sustentabilidade, que apoiem e estimulem o profissional a permanecer nas localidades do interior;
- Uma vez que os concursos públicos de promoção são escassos e com vagas limitadas, a prioridade para as promoções deverá ser dada aos profissionais que trabalham no interior, como incentivo para a permanência nessa área;

- É necessário que sejam desenvolvidos nas localidades do interior alguns serviços e infra-estruturas, tais como escolas para permitir os filhos dos trabalhadores de saúde estudarem, energia eléctrica, meios de comunicação como internet e melhorar as vias rodoviárias;
- A motivação dos RHS no interior passa também pelas melhorias no abastecimento em medicamentos e materiais gastáveis, bem como equipamento nas unidades sanitárias.

6.4 Discussão

Muitas intervenções têm sido desenvolvidas para melhorar a distribuição dos RHS. Geralmente estas intervenções são feitas de forma reativa em resposta a cada situação, e de forma fragmentada, descoordenada, por vezes incoerente e raramente avaliadas. Uma combinação de intervenções racionais em pacotes, implementadas de forma integrada, consistente, suportada por um eficiente sistema de monitoramento com mecanismos de supervisão é fundamental para o sucesso das estratégias que visam o equilíbrio geográfico da força de trabalho da saúde (Wibulprasert & Pengpaibon, 2003).

Conforme sugerido pela OMS, esses pacotes de intervenções devem contemplar quatro categorias, desenvolvendo-se intervenções nos domínios da educação, regulamentação, incentivos financeiros, e apoio profissional e pessoal (WHO, 2010).

No que se refere a educação, a forma como os trabalhadores de saúde são educados pode afectar a sua distribuição. Os recursos aplicados na educação e treinamento, modelos e conteúdos de formação têm sido associados à distribuição dos PS de várias maneiras. A localização, estrutura, métodos de recrutamento e critérios de acesso das escolas médicas, por exemplo, foram demonstrados como sendo factores que influenciam a escolha das especialidades e localização de empregos dos PS (Dussault & Franceschini, 2006).

Lehmann, Dieleman & Martineau (2008), relatam que o governo da Tailândia, por exemplo, teve um sucesso considerável na melhoria do acesso equitativo aos cuidados de saúde em todo o país, com o recrutamento de estudantes de origem rural, em combinação com a localização rural de treinamento na formação dos PS. Dussault & Franceschini

(2006) mencionam exemplo de Cuba, onde a Escola Latino-americana de Ciências médicas concentra-se em recrutar estudantes de famílias de baixa renda, comunidades indígenas e áreas carentes.

No entanto, o recrutamento de estudantes de origem rural apresenta problemas. Estes estudantes oriundos, na maioria das vezes, de famílias pobres apresentam mais dificuldades em passar nos exames competitivos de acesso aos cursos, sobretudo os de medicina e em manter-se com as exigências da educação médica. Contudo, na Tailândia, por exemplo, o governo concebeu um programa que tem como objetivo produzir anualmente 300 médicos especificamente para áreas rurais. Os alunos são recrutados através de um protocolo apropriado. Este protocolo contempla também a obrigação dos alunos assinarem contratos de residência em suas localidades para um período de dois a quatro anos de serviço público após a formação. As práticas são realizadas nos locais onde estes alunos irão trabalhar, para se familiarizarem com o seu futuro ambiente de trabalho. O programa aumentou consideravelmente a proporção de alunos de origens rurais (Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003).

Protocolos como estes podem ser estabelecidos entre as instituições de ensino superior locais e a Secretaria provincial da Saúde de Cabinda, como foi proposto pelos participantes do *Workshop*, o que permitiria o recrutamento de estudantes de origem rural e, consequentemente a melhoria da disponibilidade de PS em áreas rurais e remotas na província em causa.

Em muitos países, escolas médicas estão a reformar os seus currículos com o objetivo de produzir graduados melhor preparados e mais dispostos a trabalhar em áreas desfavorecidas (Dussault & Franceschini, 2006).

Uma outra estratégia que tem sido utilizada é a criação de residências ou estágios em áreas rurais como requisito na formação médica. O estudo de Villiers *et al.* (2017) relata discussão para a criação de um modelo de formação descentralizado na África do Sul, ou seja, um modelo que cria oportunidades em todos os níveis de cuidados de saúde, para o treino de PS naquele país. Nas últimas décadas, as oportunidades de formação fora das instituições académicas terciárias, têm crescido significativamente, dada a necessidade de aumentar a atracção de PS para áreas mais desfavorecidas, pois há evidências de que estudantes treinados em áreas rurais são mais prováveis que considerem fixar-se nessas áreas para

trabalhar (Villiers *et al.*, 2017). Dados de uma escola médica na Tailândia mostraram que dois terços de diplomados tiveram a sua colocação em localidades rurais após ter terminado o estágio obrigatório nestas (Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003). Isto significa que para além de o profissional ganhar experiência em áreas rurais durante a formação pré-serviço, interesse e oportunidade em trabalhar nas mesmas pode ser reforçada (Dieleman & Harnmeijer, 2006).

Uma das estratégias sugeridas pelos participantes relaciona-se com a continuação da formação após o cumprimento de trabalho nas localidades do interior. Dussault & Franceschini (2006) mencionam experiências de Tailândia e de Gana, onde o acesso à especialização ou pós-graduação é controlado. Os PS que pretendam especializar-se devem ter concluído residências em áreas rurais, pelo menos um ano de trabalho, e os médicos dessas áreas têm quotas especiais para o acesso aos cursos de especialização. Protocolos semelhantes também podem ser elaborados e implementados na província de Cabinda, onde projectos de especialização de médicos e de outros PS têm sido desenvolvidos. A seleção dos candidatos poderia adoptar critérios semelhantes às experiências acima referidas.

Relativamente aos incentivos financeiros, quando adequados, com salários justos (comparativamente aos dos pares) são cruciais e podem contribuir para a retenção dos trabalhadores de saúde. No entanto, incentivos financeiros sozinhos geralmente não têm sido suficientes para garantir que os PS permaneçam em áreas desfavorecidas (Dussault & Franceschini, 2006). Assim, é fundamental que as estratégias de retenção sejam complementadas com outros incentivos não-financeiros, melhoria de condições de trabalho e de GRH (Dieleman & Harnmeijer, 2006).

No presente estudo, foi verificado que um dos factores de insatisfação dos PS relaciona-se com a falta de diferenciação das políticas salariais de acordo a localização geográfica do emprego. Assim, atendendo que o salário é nacional, o nível subnacional (provincial, municipal), deve implementar estratégias para promover a retenção de PS através de um conjunto de incentivos não-financeiros de forma sustentável e melhorias de GRH.

Com o efeito, estratégias para o suporte pessoal e profissional devem ser concebidas com intervenções focadas quer no sector da saúde, quer fora deste, para a melhoria das condições de vida dos trabalhadores através de investimentos em infra-estruturas e serviços,

como por exemplo habitação, electricidade, telecomunicações, escolas, etc; garantir o equipamento e suprimentos necessários para o ambiente de trabalho; implementar acções de sensibilização entre os profissionais de saúde para promover a cooperação profissional; apoiar planos de desenvolvimento de carreiras para trabalhadores de áreas rurais; apoiar o desenvolvimento de redes e associações profissionais com o objectivo de melhorar a moral dos trabalhadores de saúde e reduzir a sensação de isolamento profissional; elaborar e incentivar medidas de reconhecimento profissional para promover a motivação (Carvalho, Marques & Silva, 2016).

Resultados de vários estudos, como por exemplo Dieleman *et al.* (2003) que analisaram factores de motivação dos RHS em áreas rurais no Vietnam, demonstram a importância do salário como factor fundamental de motivação. Porém, sozinho não é insuficiente para levar a um melhor desempenho de funcionários. Reconhecimento e sentimento de realização são mais susceptíveis de influenciar a motivação do pessoal e, portanto, o seu desempenho, o que pode ser obtido através de apreciação pelo chefe, colegas e/ou da Comunidade.

Na África do Sul por exemplo, as intervenções implementadas para manter os médicos em zonas rurais incluem melhor remuneração, oportunidades de progressão na carreira e educação médica, melhoria das condições de trabalho, melhorias nas estruturas físicas das US, instalações de lazer e assistência às famílias dos PS (Witt, 2009).

Mathauer & Imhoff (2006) referem estudo em Zimbabwe onde foi demonstrado que os PS em áreas rurais/remotas, apesar da falta de incentivos financeiros e condições de trabalho duras, frequentemente apresentavam um alto nível de motivação, conseguido através de uma boa liderança e gestão, entre outros fatores. O mesmo estudo sugere que certos incentivos não financeiros podem ter um efeito benéfico sobre a motivação, mesmo sob condições adversas de salários e condições de trabalho insuficientes, falta de pessoal, etc.

As estratégias de retenção a longo prazo requerem programas multifacetados, que abordam vários aspectos: intervenções de âmbito financeiro e não-financeiro, educação e formação dos PS com recrutamento de estudantes de origem rural e práticas pré-serviço nessas localidades, regulamentação, intervenções para apoio e suporte do profissional ao nível institucional e da comunidade (Dieleman & Harnmeijer, 2006).

6.5 Conclusão

O *Workshop* produziu recomendações que possam contribuir para as estratégias capazes de tornar as áreas rurais e remotas mais atractivas para os RHS na província de Cabinda.

A implementação dessas propostas requer concepção de programas que permitam enquadrá-las em pacotes considerando as quatro categorias de intervenção propostas pela OMS (educação, regulamentação, incentivos financeiros e apoio profissional e pessoal).

As intervenções em educação propostas têm o potencial de aumentar a permanência dos PS nas localidades do interior, uma vez que as oportunidades de formação, como por exemplo o acesso aos cursos de graduação na universidade local, ou pós-graduação pode funcionar como um estímulo aos PS colocados no interior.

Atendendo que o salário é programado ao nível nacional, fica difícil alcançar sucessos com intervenções relativas aos estímulos financeiros nos níveis subnacionais. Como tal, estímulos não financeiros são preponderantes.

Muitas das medidas propostas para educação, regulamentação e apoio profissional e pessoal não requerem custos financeiros elevados, mas sim melhorias na GRH, principalmente a supervisão, elaboração dos instrumentos de gestão como planos, regulamentos e outros.

7. Considerações finais

Com este estudo foi possível a obtenção de evidências, destacando desequilíbrios geográficos e questões de RHS com impacto na provisão de acesso universal aos cuidados de saúde na província de Cabinda.

Foi visto que a província está a produzir localmente os RHS, permitindo aumentar a sua oferta. Porém, nem sempre uma melhor oferta leva a melhor distribuição dos RH.

Evidências de outros países, como México, mostraram que uma maior oferta de médicos sozinho não iria melhorar a distribuição, mas em vez disso iria criar um excesso destes profissionais (Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003); no Nepal, a abertura de novas escolas médicas criou um excesso de médicos no país. Acreditava-se que aquela superprodução conduziria a melhor acesso aos PS em áreas rurais. Mesmo tendo alcançado algum sucesso, em geral, a estratégia levou a um aumento de migração de PS (Dussault & Franceschini, 2006).

A distribuição geográfica dos RHS refere-se à distribuição espacial desses recursos (Dussault & Franceschini, 2006). Desequilíbrios geográficos dos mesmos são observados quando existem disparidades na sua disposição entre as regiões urbana e rural, e entre as regiões pobres e ricos (Zurn *et al.*, 2004).

Esses desequilíbrios levantam problemas de equidade, da eficiência e eficácia dos serviços, bem como de satisfação dos utentes. Os ODM e outras metas da saúde não podem ser alcançados se as populações vulneráveis não têm acesso à PS qualificados e outros insumos necessários. Um equilíbrio perfeito provavelmente nunca será alcançado, mas é possível conseguir uma melhor distribuição dos RHS (Dussault & Franceschini, 2006), através de políticas e intervenções de GRH que promovam um melhor desempenho e resultados positivos do sistema de saúde (Patterson *et al.*, 2010).

Os parâmetros de desempenho são moldados por três pilares: cobertura, motivação e competência dos RH. A cobertura depende de trabalhadores suficientes em quantidade e qualidade e bem distribuídos, de modo que a população tenha acesso aos mesmos; a motivação é promovida por uma remuneração satisfatória, ambiente de trabalho positivo e um

sistema de apoio dos trabalhadores; a competência requer educação com uma orientação e currículo adequados, formação contínua e promoção da inovação e liderança (Chen *et al.*, 2004).

As estratégias para a retenção de RHS em áreas rurais e remotas devem ser alicerçadas em um sistema de GRH que inclui componentes-chaves como o planeamento da força de trabalho, recrutamento e contratação, condições de trabalho e gestão de desempenho, bem como gestores de RH competentes capazes de executar essas funções (WHO, 2010).

As intervenções de recrutamento e retenção de PS em áreas rurais e remotas implementadas, muitas vezes são isoladas, fragmentadas, descoordenadas e inconsistentes. Como resultado, conforme revelou o presente estudo, os PS não permanecem nas localidades do interior onde são alocados, adoptando estratégias de enfrentamento que passam por conseguir mudanças de posto de trabalho ou adopção de horários de trabalho diferentes dos estabelecidos legalmente, onde os profissionais trabalham, mas sem se fixarem nas localidades.

Este tipo de estratégia de enfrentamento, na qual o profissional aceita o emprego, mas não permanece nele foi relatada em Zâmbia, onde muitos jovens médicos trabalhavam por algum tempo em hospitais distritais até encontrarem postos de trabalho atraentes nos serviços públicos, ou encontrar uma oportunidade de formação pós-graduada (Koot & Martineau, 2005).

Deste modo, a GRH no sector da saúde em Cabinda possui desafios que deve transpor para prover profissionais adequados em áreas mais necessitadas, bem como mantê-los nessas áreas conforme as necessidades.

Isto exige coordenação de esforços que permita uma combinação de estratégias em pacotes, implementada de forma integrada, consistente e suportada por um eficiente sistema de monitoramento com mecanismos estabelecidos (Dussault & Franceschini, 2006).

Um dos sectores com o qual a saúde deve coordenar as suas políticas é a educação. Assim, as instituições de ensino e a Secretaria Provincial da saúde de Cabinda devem combinar os seus esforços, para que, por um lado haja a produção dos RHS, e por outro, esta produção combina-se com as estratégias de distribuição. Isto pode prevenir futuros excessos e migração de PS como nos exemplos de México e do Nepal acima mencionado, e promover maior acesso aos PS em áreas que eles são necessários.

Esta coordenação pode ser concretizada, de entre outros mecanismos, através dos protocolos existentes entre a Secretaria Provincial da Saúde e as instituições de ensino, podendo incluir questões relacionadas ao recrutamento de alunos de origem rural e treinamento pré-serviço em áreas rurais, o que tem potencial para aumentar a permanência dos RHS nas localidades mais desfavorecidas, a exemplo de países como Tailândia e Gana (Dussault & Franceschini, 2006), anteriormente mencionado.

Isto vai de encontro com as recomendações da OMS que destacam a importância da articulação de diversas intervenções, pois, o equilíbrio dos RHS é um assunto complexo, com vários determinantes, sendo difícil o alcance dos resultados por meio de uma única intervenção (WHO, 2010).

Assim, deve ser envolvida colaboração entre múltiplos setores incluindo saúde, educação, finanças, trabalho, ciência e pesquisa, sector privado, associações profissionais, organizações internacionais, fundações e sociedade civil (WHO, 2014).

É crucial o desenvolvimento de estudos para compreender as inter-relações entre os determinantes dos desequilíbrios geográficos dos RHS, identificando com clareza os factores contextuais, para que a complexidade e a interligação das questões sejam consideradas no desenvolvimento de estratégias (Dussault & Franceschini, 2006).

Esta pesquisa identificou um conjunto de factores contextuais que afectam a distribuição geográfica dos RHS na província de Cabinda: Dificuldades de ingresso dos PS nos serviços públicos de saúde; migração de PS das localidades do interior para urbanas, do sector da saúde para outros sectores e de uma área profissional para outra, por falta de retenção desses profissionais, sobretudo os alocados nas áreas do interior; falta de incentivos para os PS; formação inadequada dos gestores de RH; e falta de informação adequada para a monitorização dos RHS.

Igualmente foram identificados vários factores *push* e *pull*, com impacto na distribuição dos RHS, nomeadamente: o ambiente local e as condições de trabalho; a necessidade de progressão na carreira e de qualificação profissional; preocupações com a família e com o tempo indeterminado que o profissional é mantido no interior; salário insuficiente e não diferenciado consoante a localização geográfica do emprego; falta de estímulos não-financeiros (meio de transporte, casa própria, apoio alimentar e outros).

Os factores de inserção no trabalho também foram identificados, sendo considerados como fundamentais para a permanência dos RHS nas localidades do interior, designadamente: as ligações do profissional com a comunidade, colegas e chefia da sua unidade, o seu comprometimento com o trabalho, e a necessidade que tem em partilhar a convivência com a sua família na localidade onde trabalha.

Pela complexidade desses factores, é necessário salientar que a distribuição geográfica dos RHS não deve ser tratada isoladamente. As intervenções devem ser multifacetadas, coordenando os esforços com outros sectores e envolvendo todas as partes interessadas.

7.1 Limitações do estudo

Este estudo teve algumas limitações por várias razões:

- i)* Inexistência de base de dados para os RHS e de vários instrumentos de gestão nos serviços de saúde, tais como planos, regulamentos, e outros, que dificultou a obtenção de muitas informações necessárias.
- ii)* O estudo focalizou apenas os desequilíbrios geográficos dos RHS, deixando de parte os desequilíbrios na profissão/especialidade e a mistura de habilidades que são também problemas com impacto no acesso aos serviços de saúde de qualidade. Sugerimos assim, que os próximos estudos sejam realizados nesta perspectiva.
- iii)* O projecto de pesquisa inicialmente propôs-se a estudar os factores de atracção e retenção dos RHS com a condução de DCE. Conforme argumentos expostos anteriormente, o DCE foi posto de parte. Sugerimos que no futuro, quando as admissões de PS nos serviços públicos forem feitas com normalidade, estudos de preferências declaradas de PS para a escolha de emprego com base na maximização da utilidade dos seus atributos deverão ser realizados.
- iv)* O projecto igualmente contemplava a avaliação da intervenção implementada para o recrutamento e retenção dos PS nas localidades do interior. Este

estudo também não foi realizado porque não existe nenhum programa formal ou intervenção implantada para este efeito, sendo que o recrutamento dos RH ocorre como uma tarefa de rotina sempre que é aberto um concurso público a partir do nível central (nacional). As experiências nos outros contextos descritos neste estudo mostram que o recrutamento e retenção dos RH para as áreas rurais e remotas constituem programas próprios ou intervenções implantadas, passáveis de estudos avaliativos (Koot & Martineau, 2005; Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003).

7.2 Recomendações

Este estudo buscou evidências que podem informar a tomada de decisão para a concepção de estratégias capazes de aumentar o acesso aos RHS em áreas rurais e remotas na província de Cabinda. A partir das constatações e lições aprendidas com as experiências dos vários contextos descritos neste estudo, tecemos as seguintes recomendações:

i) Preparação de pessoal para trabalhar em áreas rurais e remotas:

Existem oportunidades ao nível local que podem ser aproveitadas para o desenvolvimento de intervenções em educação de modo a aumentar a probabilidade de mais profissionais a se fixarem nas localidades do interior, através de recrutamento de candidatos de origem rural para os cursos de saúde e treinamento nas US destas áreas, como por exemplo, os protocolos existentes entre a Secretaria Provincial da Saúde de Cabinda e as instituições de formação (UON, ISPCAB, e colégio Bueia), e os cursos de especialização promovidos pelo Hospital Provincial de Cabinda.

Recomendamos aproveitar essas condições para negociar oportunidades que possam proporcionar chances de entrada aos cursos de saúde (licenciaturas e especializações) à candidatos ou PS das localidades do interior, bem como a utilização de US destas localidades para o treinamento. Isto pode funcionar como estímulo para a permanência dos RHS em áreas rurais e remotas, principalmente se for feito como a estratégia da Tailândia, que

admite o ingresso à pós-graduação apenas para os profissionais que tenham cumprido pelo menos um ano de trabalho no interior (Dussault & Franceschini, 2006).

ii) *Descentralização do processo de recrutamento dos RHS*

O recrutamento dos RHS na província de Cabinda habitualmente é centralizado. Todos os candidatos dirigem-se à Secção dos RH da Secretaria Provincial da Saúde, que faz o recrutamento, selecção e colocação daqueles que forem seleccionados nas diversas US da província. Esta pesquisa revelou ineficácia deste procedimento, na medida em que os PS colocados nas localidades do interior utilizam estratégias de enfrentamento para não permanecerem nessas localidades.

Recomenda-se que a Secretaria Provincial da Saúde descentralize os processos de recrutamento dos RHS para os municípios e US, com a supervisão da Secção Provincial dos RH. Isto vai permitir que os PS que queiram trabalhar dirijam-se às US ou localidades onde houver concursos públicos por iniciativas e meios próprios, o que pode levar a que os mesmos se preocupem com as suas residências no local do concurso antes mesmo de serem admitidos.

Neste contexto, os municípios devem desenvolver estratégias para atrair e reter PS, com suporte técnico ao nível provincial. Na Zâmbia por exemplo, as localidades do interior implementam uma variedade de iniciativas para atrair e reter RHS (Koot & Martineau, 2005).

iii) *Adopção de estratégias de RH com abordagens multifacetadas*

Intervenções semelhantes podem ter resultados diferentes, dependendo do contexto e como eles são implementadas (Dieleman & Harnmeijer, 2006). As abordagens de RH devem considerar vários aspectos e terem em conta o contexto urbano e rural.

As estratégias de retenção em áreas rurais/remotas devem abordar as necessidades individuais do trabalhador, as exigências comunitárias e as necessidades organizacionais; criar interesse do estudante em praticar em áreas rurais, conforme mencionado atrás, duran-

te a formação pré-serviço. As estratégias devem abranger a todos os PS, através de programas que contemplem conjuntos de acções, tais como oferta de oportunidades da educação, incentivos não-financeiros, promoção de trabalho em equipa e boas relações com a comunidades onde os PS são alocados.

iv) A atracção e retenção dos RHS em áreas rurais e remotas deve fazer parte das reformas da saúde

Experiências de países como Zâmbia incluem as estratégias de atracção e retenção dos RHS em áreas rurais e remotas como parte das reformas do serviço público de saúde (Koot & Martineau, 2005).

Em Angola, o Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 contempla um programa de retenção dos RHS, estabelecendo que as desigualdades na distribuição geográfica dos RHS devem ser resolvidas com medidas e mecanismos de gestão, correcção das desigualdades existentes, e incentivo à mobilidade e retenção de profissionais em áreas inóspitas e com população vulnerável (Ministério da saúde, 2012).

Assim, recomendamos que seja elaborada uma estratégia formal para atracção e retenção dos RHS em áreas rurais/remotas que deve fazer parte do plano de desenvolvimento do sector da saúde na província.

v) Elaboração de regulamentos

A regulamentação em saúde é imprescindível para manter o funcionamento dos serviços dentro dos limites predeterminados (Farias *et al.*, 2011).

Nesta pesquisa constatamos a falta de regulamentos nas US, o que implica mais dificuldades para a retenção de PS. Como tal, recomendamos que sejam elaborados e/ou divulgados as normas e regulamentos inerentes ao cumprimento de trabalho nas localidades do interior.

vi) *Promover a inserção no trabalho*

Os PS parecem ser motivados pelo reconhecimento e respeito recebidos dos seus gestores, colegas e comunidade onde trabalham (Dieleman *et al.*, 2003). Como tal, recomendamos as práticas de GRH que favoreçam a inserção do profissional no trabalho e na comunidade, nomeadamente a promoção do comprometimento com a organização, bom relacionamento no trabalho, supervisão, avaliações de desempenho (que não sirvam apenas para fins administrativos, mas sim para melhorar o desempenho), e estabelecimento de mecanismos que permitam maior reconhecimento do profissional pela comunidade.

vii) *Melhorar a supervisão e as medidas de controlo*

A supervisão e o controlo constituem importantes medidas para melhorar o desempenho dos trabalhadores. Foi visto nesta pesquisa que os profissionais alocados em áreas do interior adoptam estratégias de enfrentamento para não permanecerem nessas áreas. Como tal, recomenda-se mais supervisão, monitoramento e controlo, o que ajuda na motivação e no cumprimento das regras estabelecidas.

viii) *Melhoria das capacidades dos gestores dos RH*

Esta pesquisa constatou a necessidade de capacitação dos gestores de RH na província de Cabinda, uma vez que grande parte deles possui formações em áreas técnicas (medicina, enfermagem, diagnóstico e terapêutica). Assim, sugerimos cursos de curta duração para esses gestores, de modo que possam adquirir conhecimentos de gestão que lhes permitam lidar com assuntos administrativos e políticos complexos, como é o caso de estratégias de retenção de RH em áreas rurais/remotas.

8. Referências Bibliográficas

- Alma-Ata, 1978. Primary Health Care. **Report of the International Conference on Primary Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.** Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf> (Acedido em 09/01/2017).
- Almeida MIR, Teixeira MLM, Martinelli DP: **Por que administrar estrategicamente recursos humanos?** *Revista de Administração de Empresas*. 1993; 33 (2):12-24.
- Almeida, LPVGD, Aparecida Ferraz C: **Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2008; 61(1): 31-5.
- Alves SMC, Oliveira FPD, Matos MFM, Santos LM P, Delduque MC: **Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(7):2223-2235.
- Anderson L.M, Brownson RC, Fullilove MT, Teutsch SM, Novick LF, Fielding J, Land GH: **Evidence-based public health policy and practice: promises and limits.** *American journal of preventive medicine*, 2005; 28(5): 226-230.
- Araujo E, Maeda A: **How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: A guidance note.** *Health, Nutrition, and Population (HNP) of the World Bank's Human Development Network (HDN)*, 2013.
- Assembleia Nacional. Constituição da República de Angola. Diário da República. I Série, nº 23. (Angola). 2010.
- Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R: **Migration of health professionals in six countries: a synthesis report.** WHO Regional Office for Africa, 2004. Disponível em: http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/migrat_eng.pdf (Acedido em 19/06/2013).
- Awofeso N: **Improving health workforce recruitment and retention in rural and remote regions of Nigeria.** *Rural and Remote Health*, 2010; 10: 1319.
- Ayres M, Ayres Júnior M, Ayres DL, Santos ADA: **Aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas.** Belém: Instituto Mamirauá, 2007. 364 p.
- Bardin L: **Análise de conteúdo.** Lisboa. Edições, 70. 1977, 225 p.

- Barreto JOM, Souza NM: **Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piri-piri-Piauí.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18 (1): 25-34.
- Becker B, Gerhart B: **The impact of human resource management on organizational performance: progress and prospects.** *Academy of Management Journal*, 1996; 39 (4): 779-801.
- Belita A, Mbindyo P, English M: **Absenteeism amongst health workers-developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations.** *Human resources for health*, 2013; 11: 34.
- Berman P, & Cuizon D: **Multiple public-private jobholding of health care providers in developing countries. An exploration of theory and evidence.** Issue paper-private sector. London: Department for International Development Health Systems Resource Centre Publication, 2004).
- Bertone M P, Witter S: **The complex remuneration of human resources for health in low-income settings: policy implications and a research agenda for designing effective financial incentives.** *Human resources for health*, 2015; 13: 62. DOI: 10.1186/s12960-015-0058-7.
- Bezerra FD, Andrade MFC, Andrade JS, Vieira MJ, Pimentel D: **Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010; 63 (1): 33-37.
- Biau DJ, Jolles BM, Porcher R: **P value and the theory of hypothesis testing: An explanation for new researchers.** *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2010; 468 (3): 885-892.
- Birch S, Kephart G, Murphy GT, O'Brien-Pallas L, Alder R, MacKenzie A: **Health Human Resources Planning and the Production of Health: Development of an Extended Analytical Framework for Needs-Based Health Human Resources Planning.** *Journal of Public Health Management and Practice*, 2009; 15 (6): S56-S61.
- Blaauw D, Ditlopo P: **Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review.** *BMC Health Services Research*, 2008; 8: 247 DOI:10.1186/1472-6963-8-247.

- Boyko JA, Lavis JN, Abelson J, Dobbins M, Carter N: **Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making.** *Social Science & Medicine*, 2012; 75 (11): 1938-1945.
- Bonenberger M, Aikins M, Akweongo P, Wyss K: **The effects of health worker motivation and job satisfaction on turnover intention in Ghana:** a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 2014, 12:43 DOI:10.1186/1478-4491-12-43.
- Bossert T, Bärnighausen T, Bowser D, Mitchell A, Gedik G. Assessing Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health. WHO, 2007. Disponível em http://www.who.int/hrh/tools/assessing_financing.pdf (Acedido em: 09/12/2017).
- Brandão AM, Parente C: **Configurações da função Pessoal.** As especificidades do caso português. *Revista Organizações e Trabalho*, 1998; 20: 23-40.
- Broek AVD, Gedik FG, Dal Poz MR, Dieleman M, WHO: **Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health:** tracking survey. WHO, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44480/1/9789241500821_eng.pdf (Acedido em 24/10/2014).
- Buchan J: **What difference does ("good") HRM make?** *Human Resources for Health*, 2004; 2:6.
- Cabral-Cardoso, C: **O conceito e as práticas de gestão de recursos humanos:** Evolução, perspectivas e controvérsias. Documento de trabalho DT nº 21/98, Braga: Universidade do Minho, 1998.
- _____. **Gestão de recursos humanos:** Evolução do conceito, perspectivas e novos desafios. In Miguel PC (coord.), **Teoria Organizacional: perspectivas e prospectivas.** Lisboa: D. Quixote, 2000; P: 225-249.
- Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, Quain EE: **Human resources for health and universal health coverage:** fostering equity and effective coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 2013; 91: 853-863.
- Campos FE, Machado MH, Girardi SN: **A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades.** *Divulgação em saúde para debate*, 2009; 44: 13-24.

- Cellule de Planification et de Statistique (CPS). Ministère de la santé, Mali: **Développement des ressources humaines pour la santé**: politique nationale. Bamako, 2009.
- Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN: **A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21(9): 2773-2784.
- Cassiani SB, Bassalobre-Garcia A, Reveiz L: **Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde**: identificação de prioridades de pesquisa em enfermagem na América Latina. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Forthcoming, 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.1075.2667.
- Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, Cueto M, Dare L, Dussault G, Elzinga G, Fee E, Habte D, Hanvoravongchai P, Jacobs M, Kurowski C, Michael S, Pablos-Mendez A, Sewankambo N, Solimano G, Stilwell B, Waal A, Wibulpolprasert S: **Human resources for health**: overcoming the crisis. *Lancet*, 2004; 364: 1984-90.
- Chiavenato I: **Administração de empresas. Uma abordagem contingencial**. São Paulo: McGraw-Hill, 1982.
- _____. **Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus Lda, 1999.
- _____. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 7ª Edição. Rio de Janeiro. Elsevier, 2004.
- Chaudhury N, Hammer J: **Ghost doctors: absenteeism in Bangladeshi health facilities**. Washington, DC, World Bank, 2003.
- Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S: **Effects of policy options for human resources for health**: an analysis of systematic reviews. *Lancet*, 2008; 371: 668-74.
- Coltro A: **Seção de Pessoal, Departamento de Pessoal, Administração de Pessoal, Administração de Relações Industriais, Administração de Recursos Humanos, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Pessoas, ... ou o Multiforme Esforço do Constante Jogo**. *Revista de Administração da Unimep*, 2009; 7 (1).

- Comité Regional Africana da OMS: **Roteiro para reforçar os recursos humanos para a saúde, com vista a melhorar a prestação de serviços de saúde na região africana 2012-2025**. (Documento AFR/RC62/7). OMS África, 2012.
- Costa A, Freitas H (coordenação): **Recursos Humanos da Saúde em Angola: Ponto de situação, evolução e desafios**. (Documento de referência para a elaboração do PDRH 2013-2025). Luanda, 2014.
- Costa RDS, Kalhil JB, BoasTJRV: **O estado da arte na metodologia da pesquisa científica na formação de professores de biologia no Brasil**: uma visão baseada em análise de teses. *Revista REAMEC*, 2018; 6 (Especial): 2318-6674.
- Dal Poz MR, Sepulveda HR, Couto, MHC, Godue C, Padilla M, Cameron R, Franco TAV: **Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries**. *Human Resources for Health*, 2015; 13:24. DOI 10.1186/s12960-015-0016-4.
- Dal Poz MR, Gupta N, Quain E, Soucat ALBV: **Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde: com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio**. Geneva: World Health Organization; 2009.
- Damani Z, MacKean G, Bohm E, DeMone B, Wright B, Noseworthy T, Holroyd-Leduc J, Marshall DA: **The use of a policy dialogue to facilitate evidence-informed policy development for improved access to care: the case of the Winnipeg Central Intake Service (WCIS)**. *Health Research Policy and Systems*, 2016; 14:78 DOI 10.1186/s12961-016-0149-5.
- Decreto-Lei nº 01/03, de 21 de Janeiro. Estabelece os princípios gerais relativos à organização da estrutura indiciária das tabelas salariais da função pública e dos subsídios ou suplementos remuneratórios. *Diário da República*, nº 5, I Série (Angola), 2003.
- Decreto Presidencial nº 262/10, de 24 de Novembro. Política Nacional de Saúde. *Diário da República*, nº 222, I Série (Angola), 2010.
- Decreto nº 54/03 de 5 de Agosto. Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço nacional de saúde. *Diário da República*, nº 61, I Série. (Angola), 2003.
- Decreto Presidencial n.º 90/16, de 27 de Abril. Regula o enquadramento célere de médicos no Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, nº 67, I Série. (Angola), 2016.

- Decreto n.º 7/9, de 12 de Maio. Estabelece a reorganização da rede de instituições de ensino superior públicas, a criação de novas instituições de ensino superior e o redimensionamento da Universidade Agostinho Neto. Diário da República, nº 87, I Série. (Angola), 2009.
- Decreto 33/91, de 26 de Julho. Estabelece o regime disciplinar dos funcionários públicos e agentes administrativos. Diário da República, nº 31 I Série. (Angola), 1991.
- Delaney JT, Huselid MA: **The impact of human resource management practices on perceptions of organizational performance.** *Academy of Management journal*, 1996; 39 (4): 949-969.
- Despacho Conjunto nº 22/16 de 20 de Maio. Ministério das Finanças e da Administração do Território. Diário da República. I Série, nº 79. (Angola), 2016.
- Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M: **Monitoring and evaluation of human resources for health: na international perspective.** *Human Resources for Health*, 2003; 1:3.
- Dieleman M, Toonen J, Touré H, Martineau T: **The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali.** *Human Resources for Health*, 2006; 4:2. DOI:10.1186/1478-4491-4-2.
- Dieleman M, Cuong MV, Anh LV, Martineau T: **Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam.** *Human Resources for Health*, 2003; 1:10.
- Dieleman M, Gerretsen B, Wilt GJVD: **Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income countries: a realist review.** *Health Research Policy and Systems*, 2009; 7:7. DOI:10.1186/1478-4505-7-7.
- Dieleman M, Harnmeijer JW: **Improving health worker performance: in search of promising practices.** Geneva: World Health Organization, 2006; 5-34.
- Djibuti M, Gotsadze G, Mataradze G, Menabde G: **Human resources for health challenges of public health system reform in Georgia.** *Human Resources for Health*, 2008; 6:8 DOI:10.1186/1478-4491-6-8.
- Dobrowa MKJ, Goelb V, Upshur REG: **Evidence-based health policy: context and utilisation.** *Social Science & Medicine*, 2004; 58: 207– 217.

- Dolea C, Adams O: **Motivation of health cares workers – review of theories and empirical evidence.** *Cahiers de Sociologie et Démographis Médicale*, 2005; 45 (1): 135-61.
- Dolea C, Stormont L, Shaw D, Zurn P, Braichet JM: **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention.** Background paper for the first expert consultations on developing global recommendations on increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. WHO. Geneva, 2009.
- Dussault G, Dubois CA: **Human resources for health policies:** a critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 2003; 1:1.
- Dussault G, Franceschini MC: **Not enough there, too many here:** understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*. 2006; 4 (12): 1-16, 2006. DOI:10.1186/1478-4491-4-12.
- Egger D, Lipson D, Adams O: **Achieving the right balance:** The role of policy-making processes in managing human resources for health problems. Geneva, WHO, 2000.
- El-Jardali F, Tchaghchagian V, Jamal D: **Assessment of human resources management practices in Lebanese hospitals.** *Human Resources for Health*, 2009; 7:84 DOI:10.1186/1478-4491-7-84.
- Esteves MTFP: **Práticas de gestão de recursos humanos e atitudes e comportamentos de trabalho: estudo de caso no sector bancário português.** Tese de Doutoramento em Gestão. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2008. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1329/1/TESE%20INTEGRAL.pdf> (Acedido em 10/06/2017).
- Faculdade de Medicina. Universidade 11 de Novembro. Região Académica III. **Relatório anual 2013.** Cabinda, 2014.
- Faye A, Fournier P, Diop I, Philibert A, Morestin F, Dumont A: **Developing a tool to measure satisfaction among health professionals in sub-Saharan Africa.** *Human Resources for Health*, 2013; 11:30. DOI:10.1186/1478-4491-11-30.

- Farias SF, Gurgel Jr. GD, Costa AM, Brito RL, Buarque RR: **A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16 (1): 1043-1053.
- Fernandes BHR, Fleury MTL, Mills J: **Construindo o diálogo entre competência, recursos e desempenho organizacional.** *Revista de Administração de Empresas*, 2006; 46 (4): 1-18.
- Ferreira AV, Fresta M, Simões CF, Sambo MDRB: **Desafios da educação médica e da investigação em saúde no contexto de Angola.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2014; 38 (1): 133-141.
- Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A: **Dual practice in the health sector: review of the evidence.** *Human Resources for Health*, 2004, 2:14.
- Fieno JV, Dambisya YM, George G, Benson K: **A political economy analysis of human resources for health (HRH) in Africa.** *Human Resources for Health*, 2016; 14:44. DOI 10.1186/s12960-016-0137-4.
- Flick U: **Métodos qualitativos na investigação científica.** 1ª Edição. Lisboa: Monitor, 2005, 288 p.
- Fort AL, Voltero L: **Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia.** *Human Resources for Health*, 2004; 2:8. DOI:10.1186/1478-4491-2-8.
- Fontelles MJ, Simões MG, Farias SH, Fontelles RGS: Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, 2009; 23 (3): 1-8.
- Franco JO: Recursos Humanos: Fundamentos e Processos. Edição revisada. Curitiba. IES-DE Brasil, 2012.
- Franco LM, Bennett S, Kanfer R: **Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework.** *Social Science & Medicine*, 2002; 54:1255-1266.
- Fresta M: Tensões e contradições na formação médica. *Consensus*. Brasília, 2016.
- Friss L: **Nursing studies laid end to end form a circle.** *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1994; 19 (3): 597-563.

- Fritzen S: **Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned?** *Human Resources for Health*, 2007; 5:4 DOI:10.1186/1478-4491-5-4.
- Fronteira I, Dussault G: **Recursos humanos da saúde nos países africanos de língua oficial portuguesa: problemas idênticos, soluções transversais?** *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, 2010, 4 (1): 78-85.
- G8 Health Experts Group: **Toyako Framework for Action on Global Health – Report of the G8 Health Experts Group**, 2008. Disponível em: http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf (Acedido em 14/01/2018).
- George G, Gow J, Bachoo S: **Understanding the factors influencing health-worker employment decisions in South Africa.** *Human Resources for Health* 2013, 11:15.
- Gil AC: **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª Edição. São Paulo, Atlas, 2008.
- Giovanella L: **As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina.** *Caderno de Saúde Pública*, 1991; 7 (1): 26-44.
- Girardi SN, Seixas PH: **Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista.** *Formação*, 2002, 5:30-43.
- Giugliani C, Duncan BB, Harzheim E, Lavor ACH, Lavor M C, Machado MM T, Knauth DR: **Community health workers programme in Luanda, Angola: an evaluation of the implementation process.** *Human resources for health*, 2014, 12: 68.
- Gomes JS, Cunha MP: **O âmbito estratégico da gestão de recursos humanos.** *Recursos humanos magazine*, 2003; 26: 6-12.
- Gregório J, Cavaco A, Lapão LV: **A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal.** *Human Resources for Health*, 2014; 12:58.
- Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR: **Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys?** *Human Resources for Health*, 2003, 1:5.

- Guest DE, Michie J, Conway N, Sheehan M: **Human Resource Management and Corporate Performance in the UK**. *British Journal of Industrial Relations*, 2003; 41(2): 291–314.
- Guimarães RM, Muzi CD, Mauro MY: **Tendências modernas da gerência do trabalho da enfermagem: o caso das cooperativas**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2004; 57 (4): 472-474.
- Haines A, Kuruvilla S, Borchert M: **Bridging the implementation gap between knowledge and action for health**. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82 (10).
- Hamel G, Breen B: **The Future of Management**. Boston: Harvard Business School Press, 2007.
- Henderson LN, Tulloch J: **Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries**. *Human Resources for Health*, 2008; 6:18. DOI: 10.1186/1478-4491-6-18.
- Hill MM, HILL A: **Investigação por questionário**. 2ª Ed. Lisboa: Sílabo, 2005.
- Hinchcliff R, Greenfield D, Braithwaite J: **Is it worth engaging in multi-stakeholder health services research collaborations?** Reflections on key benefits, challenges and enabling mechanisms. *International journal for quality in health care*, 2014; 26 (2): 124-128.
- Holmes D: **Margaret Chan: committed to universal health coverage**. *The Lancet*, 2012; 380 (9845): 879.
- INE – Instituto Nacional de Estatística. (Angola). **Resultados definitivos de recenseamento geral da população e habitação – 2014**. Luanda, 2016.
- IOM – International Organization for Migration. **Ghana – Mobility of Health Professionals**. IOM, Brussels, 2012. Disponível em: http://philipus.de/mohprof.eu/LIVE/DATA/National_reports/national_report_Ghana.pdf (Acedido em 09/09/2017).
- Instituto Superior Politécnico de Cabinda. Universidade 11 de Novembro. Região Académica III. **Relatório das actividades realizadas no 1º Semestre de 2015**. Cabinda, Outubro de 2015.

- Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Damme WV: **Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries.** *Health Policy and Planning*, 2012; 27: 288–300. DOI:10.1093/heapol/czr038.
- Johnson J, Nakua E, Dzodzomenyo M, Agyei-Baffour P, Gyakobo M, Asabir K, Kwansah J, Kotha SR, Snow RC, Kruk ME: **For money or service? A cross-sectional survey of preference for financial versus non-financial rural practice characteristics among ghananian medical students.** *BMC Health Services Research* 2011, 11: 300.
- Jan S, Bian Y, Jumpa M, Meng Q, Nyazema N, Prakongsai P, Mills A: **Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution?** *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83 (10): 771-776.
- Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group: **How many child deaths can we prevent this year?** *Lancet*, 2003; 362: 65-71.
- Junqueira LAP, Inojosa RM: Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. *Revista Administração Pública*, 1992; 26 (:2): 20-31.
- Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, Leduc R: **The importance of human resources management in health care: a global context.** *Human Resources for Health*, 2006; 4:20 DOI:10.1186/1478-4491-4-20.
- Kanfer R: **Measuring Health Worker Motivation in Developing Countries.** Major Applied Research 5, (Documento de trabalho 1). Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc. 1999.
- Koot J, Martineau T: **Zambian health workers retention scheme (ZHWRS) 2003–2004: mid-term review.** HRH Resource Center, 2005.
- Kurcgant P, Ciampone MHT, Melleiro MM: **O Planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica.** *Rev Gaúcha Enferm*, 2006; 27(3):351-5.
- Lapão LV: **Lean na gestão da saúde: uma oportunidade para fomentar a centralidade do doente, o respeito pelos profissionais e a qualidade nos serviços de saúde.** *Acta Med Port*, 2016; 29: 237-9. DOI: 10.20344/amp.6615.

- Lapão LV, Dussault G: **PACES**: a national leadership program in support of primary-care reform in Portugal. *Leadership in Health Services*, 2011; 24 (4): 295-307.
- Lagarde M, Blaauw D: **A review of the application and contribution of discrete choice experiments to inform human resources policy interventions**. *Human resources for health*, 2009; 7: 62. DOI:10.1186/1478-4491-7-62.
- Lassi ZS, Musavi NB, Maliqi B, Mansoor N, Francisco A, Toure K, Bhutta ZA: **Systematic review on human resources for health interventions to improve maternal health outcomes**: evidence from low- and middle-income countries. *Human Resources for Health*, 2016; 14:10. DOI 10.1186/s12960-016-0106-y.
- Lehmann U, Dieleman M, Martineau T: **Staffing remote rural areas in middle-and low-income countries**: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, 2008; 8:19. DOI:10.1186/1472-6963-8-19.
- Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto. Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde. Diário da República I Série, nº 34. (Angola). 1992.
- Lei nº 17/16, de 7 de Outubro. Lei de base do sistema de educação e ensino. Diário da república. I série, nº 170. (Angola). 2016.
- Lei nº 3/04 de 25 de Junho. Lei do Ordenamento do Território e do Urbanismo. Diário da república, nº 51, I Série. (Angola). 2004.
- Lei nº 13/16, de 12 de Setembro. Lei de Base da Organização Administrativa do Território. Diário da república, nº 155, I Série. (Angola). 2016.
- Lei 15/16, de 12 de Setembro. Lei da administração local do estado. Diário da república, nº 155, I Série. (Angola). 2016.
- Lei n.º 68/13, de 29 de agosto. Duração do período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas. Diário da República, nº 166, I Série. (Angola). 2013.
- Lei n.º 7/15, de 15 de Junho. Lei geral do trabalho. Diário da República, nº 87. I Série. (Angola). 2015.
- Lipinge S, Dambisya YM, Loewenson R, Chimbari M, Ndeti D, Munga M, Sibandze S, Lugina H: **Policies and incentives for health worker retention in east and southern Africa: learning from country research**. Discussion Paper. Health, Nutrition and Population (HNP), 2009.

- Liese B, Blanchet N, Dussault G. **Background Paper The Human Resource Crisis in Health Services in Sub-Saharan Africa.** *World Bank.* 2003.
- Lima DVM: **Desenhos de pesquisa:** uma contribuição para autores. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2011; 10:2.
- Lira SA, Neto AC: **Coeficientes de correlação para variáveis ordinais e dicotômicas derivados do coeficiente linear de Pearson.** *Ciência & Engenharia*, 2006; 15(1/2): 45-53.
- Lodenstein E, Dao D: **Devolution and human resources in primary healthcare in rural Mali.** *Human Resources for Health*, 2011; 9:15.
- Macaia D, Lapão LV: **The current situation of human resources for health in the province of Cabinda in Angola:** is it a limitation to provide universal access to healthcare? *Human Resources for Health*, 2017; 15:88. DOI 10.1186/s12960-017-0255-7.
- Manafa O, McAuliffe E, Maseko F, Bowie C, MacLachlan M, Normand C: **Retention of health workers in Malawi:** perspectives of health workers and district management. *Human Resources for Health*, 2009; 7:65. DOI:10.1186/1478-4491-7-65.
- Manzi F, Schellenberg JA, Hutton G, Wyss K, Mbuya C, Shirima K, Schellenberg D: **Human resources for health care delivery in Tanzania: a multifaceted problem.** *Human resources for health*, 2012; 10: 3.
- Marchi-Alves LM, Ventura CA A, Trevizan MA, Mazzo A, Godoy S, Mendes IAC: **Challenges for nursing education in Angola:** the perception of nurse leaders affiliated with professional education institutions. *Human resources for health*, 2013; 11: 33.
- Martinez J, Martineau T: **Rethinking human resources:** na agenda for the Millennium. *Health policy and planning*, 1998; 13(4): 345 – 358.
- Martínez Ortega RM, Tuya Pendás L C, Martínez Ortega M, Pérez Abreu A, Cánovas AM: **El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización.** *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2009; 8 (2).
- Mathauer I, Imhoff I: **Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools.** *Human Resources for Health*, 2006; 4:24. DOI:10.1186/1478-4491-4-24.

- Mathews M, Seguin M, Chowdhury N, Card RT: **A qualitative study of factors influencing different generations of Newfoundland and Saskatchewan trained physicians to leave a work location.** *Human resources for health*, 2012; 10: 18.
- Mello MLBC, Filho AA: **A gestão de recursos humanos em uma instituição pública brasileira de ciência e tecnologia em saúde: o caso Fiocruz.** *Revista da Administração Pública*, 2010; 44 (3):613-36.
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM: **Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** *Texto contexto Enferm*, 2008; 17 (4): 758-64.
- Mercer H, Dal Poz M, Adams O, Stilwell B, Buchan J, Dreesch N, Zurn P, Beaglehole R: **Human Resources for Health: Developing Policy Options for Change.** *Studies in HSO&P*, 2003; 21.
- Mitchell TR, Holtom BC, Lee TW, Sablinski CJ, Erez M: **Why people stay: using job embeddedness to predict voluntary turnover.** *Academy of Management Journal*, 2001; 44: 1102-1122.
- Ministério da saúde. (República de Angola). **Plano Nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2025.** Volume 1I. Luanda, 2012.
- _____. **Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal.** Documento de trabalho. (4º rascunho). Luanda, 2009.
- _____. **Contribuição do sector saúde para o plano nacional de desenvolvimento 2018-2022.** (Documento de trabalho). Luanda, 2016.
- Miguelote VRS, Fortes MT, Fagundes M, Varella TC: **Distribuição da Força de Trabalho: equidade e negociação.** *Physis Revista de Saúde Colectiva*, 2008; 18 (2): 317-338.
- Moynihan R, Oxman AD, Lavis JN, Paulsen E: **Evidence-Informed Health Policy: Using Research to Make Health Systems Healthier.** Rapport Nr 1-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.
- Nabyonga-Orem J, Gebrikidane M, Mwisongo A: **Assessing policy dialogues and the role of context: Liberian case study before and during the Ebola outbreak.** *BMC health services research*, 2016; 16 (4): 219. DOI 10.1186/s12913-016-1454-y.

- Nabyonga-Orem J, Dovlo D, Kwamie A, Nadege A, Guangya W, Kirigia J. M: **Policy dialogue to improve health outcomes in low income countries: what are the issues and way forward?** *BMC health services research*, 2016, 16 (Suppl 4): 217. DOI 10.1186/s12913-016-1450-2
- Neves, ACD: **A formação de professores de Português do 1.º ciclo do ensino secundário em Angola: o caso de Cabinda**. Dissertação de mestrado. Faculdade de letras, Universidade do Porto, 2015.
- Nicolau Santos MJ: **Gestão de recursos humanos: teorias e práticas**. *Sociologias*, 2004; 6 (12): 142-158.
- Nyoni J, Gedik G: **Capacidades de gestão e liderança dos recursos humanos de saúde na região africana: análise das unidades de recursos humanos de saúde integradas nos Ministérios da Saúde**. Organização Mundial da Saúde, 2013.
- Nyoni J, Gbary A, Awases M, Ndecki P, Chatora R: **Policies and Plans for Human Resources for Health. Guidelines for Countries in the WHO African Region**. VHO, 2006.
- Noronha JC: **Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios**. *Cad. Saúde Pública*, 2013; 29 (5): 847-849.
- Oliveira MS, Artmann E: **Características da força de trabalho médica na Província de Cabinda, Angola**. *Cad. Saúde Pública*, 2009a; 25 (3): 540-550.
- _____. **Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola**. *Cad. Saúde Pública*, 2009b; 25 (4): 751-760.
- Oliveira MS: **Assistência Médica na Rede Pública de Cabinda / República de Angola: como melhorar a qualidade a partir da gestão de quadros médicos. Dissertação de Mestrado**. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2005.
- Oliveira JAP: **Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas**. *Revista de Administração Pública-RAP*. 2006; 40 (1): 273-88.
- Ollaik LG, Ziller HM: **Concepções de validade em pesquisas qualitativas**. *Educação e Pesquisa*, 2012; 38 (1): 229-241.
- Ongori H: **A review of the literature on employee turnover**. *African Journal of Business Management*, 2007.

- Oxman AD, Lavis NJ, Lewin S, Fretheim A (editores): **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP)**. Report nº 4-2010. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2010.
- Paim JS, Teixeira CF: **Política, planejamento e gestão em saúde**: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*, 2006; 40 (N Esp): 73-8.
- Paim JS: **Modelos de atenção e vigilância da saúde**. *Epidemiologia e saúde*, 2003; 6: 567-71.
- Parkhurst JO, Penn-Kekana L, Blaauw D, Balabanova D, Danishevski K, Rahman SA, Onama V, Ssengooba F: **Health systems factors influencing maternal health services: a four-country comparison**, 2005; *Health Policy*, 73 (2): 127-138.
- Patterson MG, West MA, Lawthom, R, Nickell S: **Impact of people management practices on business performance**. London: Institute of Personnel and Development, 1997. Disponível em: http://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_4936_0.pdf (Acedido em 15/10/2014).
- Patterson M, Rick J, Wood SJ, Carroll C, Balain, S, Booth A: **Systematic review of the links between human resource management practices and performance**. *Health Technology Assessment*, 2010; 14: 51.
- Pereira Coutinho C: **A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa**: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 2008; 12 (1): 5-15.
- Pong RW: **Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario**: a study of policy implementation over 35 years. *Human resources for health*, 2008; 6: 24.
- Purohit B, Martineau T: **Issues and challenges in recruitment for government doctors in Gujarat, India**. *Human Resources for Health*, 2016; 14:43. DOI 10.1186/s12960-016-0140-9.
- Rajan D, El Husseiny D, Porignon D, Ghaffar A, Schmets G, Adam T: **Policy dialogue: What it is and how it can contribute to evidence-informed decision-making**. WHO, 2015.

- Ranson MK, Chopra M, Atkins S, Dal Poz MR, Bennetta S: **Priorities for research into human resources for health in low- and middle-income countries.** *Bull World Health Organ*, 2010; 88: 435-443. DOI:10.2471/BLT.09.066290.
- Rajan D, Adam T, El Husseiny D, Porignon D, Ghaffar A, Schmets G: **Briefing Note: Policy dialogue: What it is and how it can contribute to evidence-informed decision-making.** Geneva: WHO, 2015.
- Rego A, Pina MC, Gomes JFS, Cunha RC, Cabral-Cardoso C, Marques CA: **Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano.** 3ª Edição. Lisboa, 2015.
- Reitz OE, Anderson MA: **An Overview of Job Embeddedness.** *The Journal of Professional Nursing*, 2011; 27(5): 320-327.
- Rigoli F, Pond B, Gupta N, Herbst CH: **Monitorização dos recursos humanos activos na área da saúde: indicadores, fontes de dados e análise ilustrativa.** In: Dal Poz MR. *et al. Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde: com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio.* Organização Mundial da Saúde. 2009. p. 29-41.
- Rodrigues CFDS, Lima FJCD, Barbosa FT: **Importance of using basic statistics adequately in clinical research.** *Revista brasileira de anestesiologia*, 2017; 67 (6): 619-625.
- Rowe AK, Savigny D, Lanata CF, Victora CG: **How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?** *Lancet*, 2005; 366: 1026-35. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67028-6.
- Russo G, Ferrinho P, Sousa B, Conceição C: **What influences national and foreign physicians' geographic distribution?** An analysis of medical doctors' residence location in Portugal. *Human Resources for Health*; 2012; 10:12.
- Russo G, McPake B, Fronteira I, Ferrinho P: **Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities.** *Health Policy and Planning*, 2014, 29:774-783.
- Sanchez RM, Ciconelli RM: **Conceitos de acesso à saúde.** *Rev Panam Salud Publica*, 2012; 31(3):260-8.

- Scheffler R, Bruckner T, Spetz, J: **The labour market for human resources for health in low-and middle-income countries**. *Human Resources for Health Observer*, 2012; 11.
- Schneider D, Evering-Watley M, Walke H, Bloland PB: **Training the global public health workforce through applied epidemiology training programs: CDC's experience, 1951–2011**. *Public Health Reviews*, 2011; 33 (1), 190-203.
- Secretaria Provincial da Saúde. Governo da Província de Cabinda (República de Angola). **Relatório anual 2013**. Cabinda, Dezembro, 2013a.
- _____ **Relatório anual 2012**. Cabinda, Janeiro, 2013b.
- _____ **Relatório de Balanço de 2014**. Cabinda, Janeiro de 2015.
- _____ **Relatório anual 2015**. Cabinda, Fevereiro, 2016a.
- _____ Secção Provincial de Recursos Humanos. **Quadro do pessoal da Secretaria Provincial da Saúde de Cabinda 2016**. (Documento de trabalho). Cabinda, Outubro de 2016b.
- _____ Secção Provincial de Recursos Humanos. **Quadro do pessoal geral efectivo na Secretaria Provincial da Saúde de Cabinda de 2013/2017**. (Documento de trabalho). Cabinda, Agosto de 2017.
- _____ Departamento de Inspeção. **Mapa das unidades sanitárias privadas em Cabinda**. (Documento de trabalho). Cabinda, Novembro de 2017.
- Serviços Académicos. Universidade 11 de Novembro, Região Académica III (República de Angola). **Mapa de dados estatísticos dos licenciados (graduados) em ciências de saúde-Cabinda**. (Documento de trabalho). Cabinda, Dezembro de, 2017.
- Shen GC, Nguyen HTH, Das A, Sachingongu N, Chansa C, Qamruddin J, Friedman J: **Incentives to change: effects of performance-based financing on health workers in Zambia**. *Resources for Health*, 2017; 15:20. DOI 10.1186/s12960-017-0179-2.
- Simão R: **Desafios para caracterização da mortalidade infantil em Cabinda/Angola**. Dissertação de Mestrado. Universidade de S. Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2010.
- Silva, JB: **Um olhar histórico sobre a gestão escolar**. *Educação em Revista*, 2007; 8 (1): 21-34.

- Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I: **Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects**. WHO Regional Office for Europe, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/management/district/performance/PerformanceMeasurementHealthSystemImprovement2.pdf> Acedido em 29/10/2017 (Acedido em 29/10/2017).
- Snow RC, Asabir K, Mutumba M, Koomson E, Gyan K, Dzodzomenyo M, Kwansah J: **Key factors leading to reduced recruitment and retention of health professionals in remote areas of Ghana: a qualitative study and proposed policy solutions**. *Human re-sources for health*, 2011; 9: 13.
- Soares MB, Maciel F: **Alfabetização**. Série Estado do Conhecimento. N. 1 Brasília: MEC. Inep/Comped, 2000.
- Soeters R, Griffiths F: **Improving government health services through contract management: a case from Cambodia**. *Health policy and planning*, 2003; 18(1): 74-83.
- Soto A: **Recursos humanos en salud**. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011; 28(2): 173-4
- Sovienski F, Stigar R: **Recursos humanos x gestão de pessoas**. *Revista Científica de Administração*, 2008; 10 (10).
- Sousa A, Scheffler RM, Koyi G, Ngah SN, Abu-Agla A, M'kiambat HM, Nyoni J: **Health labour market policies in support of universal health coverage: a comprehensive analysis in four African countries**. *Human resources for health*, 2014; 12: 55.
- Ssengooba F, Atuyambe L, Kiwanuka SN, Puvanachandra P, Glass N, Hyder AA: **Research translation to inform national health policies: learning from multiple perspectives in Uganda**. *BMC International Health and Hum Rights*, 2011; 11(1): S13.
- Starfield B: **Improving equity in health: a research agenda**. *International Journal of Health Services*, 2001; 31 (3): 545-566.
- Stordeur S, Léonard C: **Challenges in physician supply planning: the case of Belgium**. *Human Resources for Health*, 2010; 8:28.
- Targa LV, Silva AL, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD, Savassi LCM., ... Almeida M: **Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em**

- áreas rurais e remotas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2014; 9 (30): 64-66.
- Teixeira S: **Gestão das organizações**. Lisboa: McGraw-hill, 1998.
- Teixeira CF: (organizadora): **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.
- Travassos C, Martins M: **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20 (2): S190-S198.
- Turato ER: Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectivos de pesquisa. *Revista saúde pública*, 2005; 39 (3): 507-14.
- UNDP – United Nations Development Programme. **Human Development Report 2016 Human Development for Everyone**. United Nations Development Programme. USA, 2016. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf (Acedido em 10/01/2018).
- Uneke CJ, Ndukwe CD, Ezeoha AA, Uro-Chukwu HC, Ezeonu CT: **Implementation of a health policy advisory committee as a knowledge translation platform: the Nigeria experience**. *International journal of health policy and management*, 2015; 4 (3): 161.
- Universidade Católica de Angola. **Relatório económico de angola 2016**. Universidade Católica de Angola – CEIC, 2017.
- Van Dormael M, Dugas S, Kone Y, Coulibaly S, Sy M, Marchal B, Desplats D: **Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali**. *Human Resources for Health*, 2008; 6: 25.
- Viana ALD, Fausto MCR, Lima LD: **Política de saúde e equidade**. *S. Paulo em Perspectiva*, 2003; 17(1): 58-68.
- Villiers MR, Blitz J, Couper I, Kent A, Moodley M, Talib Z, Schalkwyk SV, Young T: Decentralised training for medical students: Towards a South African consensus. *African journal of primary health care & family medicine*, 2017; 9(1): 2071-2936.

- Vujicic M, Zurn P, Diallo K, Adams O, Dal Poz MR: **The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries.** *Human Resources for Health*, 2004; 2:3.
- Walley J, M Amir Khan MA, Shah SK, Sophie Witter S, Xiaolin Wei X: **How to get research into practice: first get practice into research.** *Bulletin of the World Health Organization*, 2007; 85 (6).
- Witter S, Ha BTT, Shengalia B, Vujicic M: **Understanding the four directions of travel:** qualitative research into the factors affecting recruitment and retention of doctors in rural Vietnam. *Human resources for health*, 2011; 9: 20.
- WHO: **A guide to rapid assessment of human resources for health.** Geneva, 2004a. Disponível em: http://www.who.int/hrh/tools/en/Rapid_Assessment_guide.pdf (Acedido em 24/10/2014).
- _____. Fifty-seventh World Health Assembly. Resolutions and decisions annexes. **WHA57.19 International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries.** Geneva, 2004b. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_REC1-en.pdf (Acedido em 21/08/2016).
- _____. **World Report on Knowledge for Better Health Strengthening Health Systems.** Geneva. 2004c. Disponível em: http://www.who.int/rpc/meetings/en/world_report_on_knowledge_for_better_health_2.pdf. (Acedido em 22/03/2014).
- _____. The Mexico Statement on Health Research. Knowledge for better health: Strengthening health systems. From The Ministerial Summit on Health Research Mexico City, November 16-20, 2004d. Disponível em: http://www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico_Statement-English.pdf (Acedido em 24/10/2014).
- _____. **The Migration of Skilled Health Personnel in the Pacific Region.** A summary report. WHO Western Pacific Region, 2004e. Disponível em: www.wpro.who.int/publications/docs/Migration_Skilled_Health.pdf?ua=1 (Acedido em 24/10/2014).

- _____ **The 58th Meeting of the World Health Assembly.** WHO, 2005. Disponível em: http://www.who.int/rpc/meetings/58th_WHA_resolution.pdf (Acedido em 24/10/2014).
- _____ **The World Health Report 2006. Working together for health.** WHO. Geneva. 2006. Disponível em: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1. (Acedido em 24/10/2014).
- _____ Regional Committee for Europe. Fifty-seventh session. EUR/RC57/R1- Health workforce policies in the European Region. Belgrade, Serbia, 2007. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/74540/RC57_edoc09.pdf?ua=1 (Acedido em 20/11/2017).
- _____ **The Kampala declaration and agenda for global action.** 2008. Disponível em:
<http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf> (Acedido em: 21/08/2016).
- _____ **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations.** France, 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf (Acedido em 24/10/2014).
- _____ How to conduct a discrete choice experiment for health workforce recruitment and retention in remote and rural areas: a user guide with case studies. Geneva, 2012. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/DCE_UserGuide_WEB.pdf?ua=1 (Acedido em 2/04/2014).
- _____ The World Health Report 2013. **Research for Universal Health Coverage.** *World Health Organization.* Geneva. 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1 (Acedido em 24/10/2014).
- _____ **Human resources for health: foundation for universal health coverage and the post-2015 development agenda: report of the Third Global Forum on Human Resources for Health,** 2014, Recife, Brazil. Disponível em:

- http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/report3rd_GF_HRH.pdf (acedido em 18/01/2016).
- Wibulpolprasert S, Pengpaibon P: **Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand**: four decades of experience. *Human Resources for Health* 2003; 1:12.
- Windish DM, Diener-West M: **A Clinician-Educator's Roadmap to Choosing and Interpreting Statistical Tests**. *Journal of general internal medicine*, 2006; 21 (6): 656-660. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00390.x.
- Witt J: **Addressing the migration of health professionals**: the role of working conditions and educational placements. *BMC Public Health*, 2009; 9(1): S7 DOI:10.1186/1471-2458-9-S1-S7.
- Zhang M, Fried DD, Griffeth, RW: **A review of job embeddedness: Conceptual, measurement issues, and directions for future research**. *Human Resource Management Review*, 2012; 22(3): 220-231.
- Zurn P, Vujicic M, Diallo K, Pantoja A, Dal Poz M, Adams O: **Planning for human resources for health: human resources for health and the production of health outcomes/outputs**. *Cah Sociol Demogr Med.*, 2005; 45(1):107-33.
- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O: **Imbalance in the health workforce**. *Human Resources for Health*, 2004; 2:13. DOI:10.1186/1478-4491-2-13.

Referências bibliográficas dos estudos incluídos na revisão “estado de arte”

- Adam T, Ghaffar A: **Estrategias para aumentar el impacto de la investigación sobre recursos humanos para la salud en la elaboración de políticas**. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2011; 28 (2): 323-6
- Adano U. **The health worker recruitment and deployment process in Kenya**: an emergency hiring program. *Human Resources for Health*, 2008; 6: 19.
- Alcalde-Rabanal JE, Bärnighausen T, Nigenda-López G, Velasco-Mondragón HE, So-sa-Rubí S G: **Profesionales necesarios para brindar servicios de prevención y pro-**

- moción de la salud a población adulta en el primer nivel.** *Salud pública de méxico*, 2013; 55(3): 301-309.
- Alhassan RK, Spieker N, van Ostenberg P, Ogink A, Nketiah-Amponsah E, de Wit TFR: **Association between health worker motivation and healthcare quality efforts in Ghana.** *Human resources for health*, 2013; 11: 37.
- Ahmed SM, Hossain MA, RajaChowdhury AM, Bhuiya AU: **The health workforce crisis in Bangladesh:** shortage, inappropriate skill-mix and inequitable distribution. *Human resources for health*, 2011; 9: 3.
- Alonso-Garbayo Á, Maben J: **Internationally recruited nurses from India and the Philippines in the United Kingdom:** the decision to emigrate. *Human Resources for Health*, 2009; 7: 37.
- Arroyo J: **Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud:** el caso del Perú, 1990-2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 2006; 1063-1072.
- Ashmore J: **‘Going private’: a qualitative comparison of medical specialists’ job satisfaction in the public and private sectors of South Africa.** *Human resources for health*, 2013; 11: 1.
- Asante AD, Martins N, Otim ME, Dewdney J: **Retaining doctors in rural Timor-Leste: a critical appraisal of the opportunities and challenges.** *Bulletin of the World Health Organization*, 2014; 92: 277-282.
- Assunção AÁ, Belisário SA, Campos FE, D’Ávila LS: **Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa.** *Cadernos de Saúde Pública*, 2007; 23, S193-S201.
- Barber P, López-Valcárcel BG: **Forecasting the need for medical specialists in Spain:** application of a system dynamics model. *Human resources for health*, 2010; 8: 24.
- Bärnighausen T, Bloom DE: **Designing financial-incentive programmes for return of medical service in underserved areas:** seven management functions. *Human resources for health*, 2009; 7: 52.
- Blacklock C, Heneghan C, Mant D, Ward AM: **Effect of UK policy on medical migration: a time series analysis of physician registration data.** *Human resources for health*, 2012; 10: 35.

- Bell KE, Hall F, Pager S, Kuipers P, Farry H: **Developing allied health professional support policy in Queensland: a case study.** *Human resources for health*, 2014; 12: 57.
- Bloom J, Duckett S, Robertson A: **Development of an interactive model for planning the care workforce for Alberta: case study.** *Human resources for health*, 2012; 10: 22.
- Bocoum FY, Koné E, Kouanda S, Yaméogo WME, Bado AR: **Which incentive package will retain regionalized health personnel in Burkina Faso: a discrete choice experiment.** *Human resources for health*, 2014; 12: S7.
- Borders S, Blakely C, Quiram B, McLeroy K: **Considerations for increasing the competences and capacities of the public health workforce: assessing the training needs of public health workers in Texas.** *Human resources for health*, 2006; 4: 18.
- Bradley S, McAuliffe E: **Mid-level providers in emergency obstetric and newborn health care: factors affecting their performance and retention within the Malawian health system.** *Human resources for health*, 2009; 7: 14.
- Brito-Anderson S; Minaya M; Jaskiewicz W; Foster AA, Collins A, Ramírez L: **Human Resources for Health Country Commitments: Case Studies from the Dominican Republic, Kenya, Mali, and Uganda.** *IntraHealth International*, 2015.
- Buchan J, Evans D: **Assessing the impact of a new health sector pay system upon NHS staff in England.** *Human resources for health*, 2008; 6: 12.
- Buchan J, Fronteira I, Dussault G: **Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil.** *Human resources for health*, 2011; 9: 17.
- Buchan J: **Reviewing the benefits of health workforce stability.** *Human resources for health*, 2010; 8: 29.
- Campbell J, Jones I, Whyms D: **" More money for health-more health for the money": a human resources for health perspective.** *Human Resources for Health*, 2011; 9: 18.
- Chankova S, Muchiri S, Kombe G: **Health workforce attrition in the public sector in Kenya: a look at the reasons.** *Human resources for health*, 2009; 7: 58.

- Chimwaza W, Chipeta E, Ngwira A, Kamwendo F, Taulo F, Bradley S, McAuliffe E.: **What makes staff consider leaving the health service in Malawi?.** *Human resources for health*, 2014; 12: 17.
- Cometto G, Witter S: **Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress.** *Bulletin of the World Health Organization*, 2013; 91: 881-885.
- Cometto G, Courcelles S, Afzal M, Ahmed F, Codjia L, Gedik G, Godue C, Holly L, Kimotho V, Stilwell B, Krec R: **Analysis of the commitments made by national governments of 57 countries at the Third Global Forum on human resources for health.** WHO, 2015.
- Crettenden I, Dal Poz M, Buchan J: **Right time, right place: improving access to health service through effective retention and distribution of health workers.** *Human Resources for Health*, 2013, 11: 60.
- Crettenden IF, McCarty MV, Fenech BJ, Heywood T, Taitz MC, Tudman S: **How evidence-based workforce planning in Australia is informing policy development in the retention and distribution of the health workforce.** *Human Resources for Health*, 2014; 12: 7.
- Curisínche M, Yagui M, Castilla T, Cabezas C, Escalante G, Casas M, Lucero J: **Proceso de construcción de la agenda nacional de investigación sobre recursos humanos en salud (RHUS) en el Perú, 2011-2014.** *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2011; 28 (2): 372-81.
- Dayrit MM, Dolea C, Dreesch N: **Abordando la crisis de los Recursos Humanos para la Salud:¿Hasta dónde hemos llegado?¿ Qué podemos esperar lograr al 2015?.** *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2011; 28(2): 327-336.
- Daviaud E, Chopra M: **How much is not enough?** Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008; 86: 46-51.
- Dieleman M, Hilhorst T: **Governance and human resources for health.** *human resources for health*, 2011; 9:29.

- Dieleman M, Shaw DM, Zwanikken P: **Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies.** *Human resources for health*, 2011; 9: 10.
- Dimaya RM, McEwen MK, Curry LA, Bradley EH: **Managing health worker migration: a qualitative study of the Philippine response to nurse brain drain.** *Human resources for health*, 2012; 10: 47.
- Dogba M, Fournier P: **Human resources and the quality of emergency obstetric care in developing countries: a systematic review of the literature.** *Human resources for health*, 2009; 7: 7.
- Dolea C, Stormont L, Braichet JM: **Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas.** *Bulletin of the World Health Organization*, 2010; 88: 379-385.
- Dräger S, Gedik G, Dal Poz MR: **Health workforce issues and the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: an analytical review.** *Human resources for health*, 2006; 4: 23.
- Dubois CA, Singh D: **From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management.** *Human resources for health*, 2009; 7: 87.
- El-Jardali F, Alameddine M, Jamal D, Dimassi H, Dumit NY, McEwen MK., ... Murray SF: **A national study on nurses' retention in healthcare facilities in underserved areas in Lebanon.** *Human resources for health*, 2013; 11: 49.
- Enari T, Hashimoto H: **Does salary affect the choice of residency in non-university teaching hospitals? A panel analysis of Japan Residency Matching Programme data.** *Human resources for health*, 2013; 11: 12.
- Esmail LC, Cohen-Kohler JC, Djibuti M: **Human resource management in the Georgian National Immunization Program: a baseline assessment.** *Human resources for health*, 2007; 5: 20.
- Exavery A, Lutambi AM, Wilson N, Mubyazi GM, Pemba S, Mbaruku G: **Gender-based distributional skewness of the United Republic of Tanzania's health workforce cadres: a cross-sectional health facility survey.** *Human resources for health*, 2013; 11: 28.

- Eze B I, Maduka-Okafor FC: **An assessment of the eye care workforce in Enugu State, south-eastern Nigeria.** *Human resources for health*, 2009; 7: 38.
- Faye A, Fournier P, Diop I, Philibert A, Morestin F, Dumont A: **Developing a tool to measure satisfaction among health professionals in sub-Saharan Africa.** *Human Resources for Health*, 2013; 11: 30.
- Ferrinho P, Siziya S, Goma F, Dussault G: **The human resource for health situation in Zambia: deficit and maldistribution.** *Human resources for health*, 2011; 9: 30.
- Fogarty L, Kim YM, Juon HS, Tappis H, Noh JW, Zainullah P, Rozario A: **Job satisfaction and retention of health-care providers in Afghanistan and Malawi.** *Human resources for health*, 2014; 12: 11.
- Frehywot S, Mullan F, Payne P W, Ross H: **Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work?.** *Bulletin of the World Health Organization*, 2010; 88: 364-370.
- Fulton BD, Scheffler RM, Sparkes SP, Auh EY, Vujici M, Soucat A: **Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence.** *Human resources for health*, 2011; 9: 1.
- Girasek E, Eke E, Szócska M: **Analysis of a survey on young doctors' willingness to work in rural Hungary.** *Human resources for health*, 2010; 8: 13.
- Ghosh B: **Health workforce development planning in the Sultanate of Oman: A case study.** *Human Resources for Health*, 2009; 7: 47.
- Goma FM, Murphy GT, MacKenzie A, Libetwa M, Nzala SH, Mbwili-Muleya C, ... Gough A: **Evaluation of recruitment and retention strategies for health workers in rural Zambia.** *Human resources for health*, 2014; 12: S1.
- Gupta N, Dal Poz MR: **Assessment of human resources for health using cross-national comparison of facility surveys in six countries.** *Human Resources for Health*, 2009; 7: 22.
- Gupta N, Maliqi B, França A, Nyongator F, Pate MA, Sanders D., ... Daelmans B. (2011). **Human resources for maternal, newborn and child health: from measurement and planning to performance for improved health outcomes.** *Human resources for health*, 2011; 9: 16.

- Haile F, Yemane D, Gebreslassie A: **Assessment of non-financial incentives for volunteer community health workers** – the case of Wukro district, Tigray, Ethiopia. *Human resources for health*, 2014; 12: 54.
- Harris M: **Mais Médicos (More Doctors) Program – a view from England**. *Ciencia & saude coletiva*, 2016; 21 (9): 2919-2923.
- Hatcher AM, Onah M, Kornik S, Peacocke J, Reid S: **Placement, support, and retention of health professionals**: National, cross-sectional findings from medical and dental community service officers in South Africa. *Human resources for health*, 2014; 12: 14.
- Hawthorne N, Anderson C: **The global pharmacy workforce**: a systematic review of the literature. *Human resources for health*, 2009; 7: 48.
- Hawkes, M, Kolenko, M, Shockness M, Diwaker K: Nursing brain drain from India. *Human resources for health*, 2009; 7: 5.
- Heywood P., Harahap NP: **Human resources for health at the district level in Indonesia: the smoke and mirrors of decentralization**. *Human Resources for Health*, 2009; 7: 6.
- Heywood P, Harahap NP, Aryani S: **Recent changes in human resources for health and health facilities at the district level in Indonesia: evidence from 3 districts in Java**. *Human resources for health*, 2011; 9: 5.
- He XZ, Cyran E, Salling M: **National trends in the United States of America physician assistant workforce from 1980 to 2007**. *Human resources for health*, 2009; 7: 86.
- Hennessy D, Hicks C, Hilan A, Kawonal Y: **The training and development needs of nurses in Indonesia: paper 3 of 3**. *Human Resources for Health*, 2006; 4: 10.
- Herfs PG: **Aspects of medical migration with particular reference to the United Kingdom and the Netherlands**. *Human resources for health*, 2014; 12: 59.
- Hirschhorn LR, Oguda L, Fullem A, Dreesch N, Wilson P: **Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-limited settings**. *Human Resources for Health*, 2006 4: 1.

- Hontelez JA, Newell ML, Bland RM, Munnelly K, Lessells RJ, Bärnighausen T: **Human resources needs for universal access to antiretroviral therapy in South Africa: a time and motion study.** *Human resources for health*, 2012; 10: 39.
- Hotchkiss DR, Banteyerga H, Tharaney M: **Job satisfaction and motivation among public sector health workers: evidence from Ethiopia.** *Human resources for health*, 2015; 13: 83.
- Humphries N, Brugha R, McGee H: **" I won't be staying here for long": a qualitative study on the retention of migrant nurses in Ireland.** *Human resources for health*, 2009; 7: 68.
- Huicho L, Canseco FD, Lema C, Miranda JJ, Lescano A G: **Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo.** *Cadernos de saude publica*, 2012; 28 (4): 729-739.
- Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, Dolea C: **Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results.** *Bulletin of the World Health Organization*, 2010; 88: 357-363.
- Huicho L, Molina C, Diez-Canseco F, Lema C, Miranda JJ, Huayanay-Espinoza C A, Lescano AG: **Factors behind job preferences of Peruvian medical, nursing and midwifery students: a qualitative study focused on rural deployment.** *Human resources for health*, 2015; 13: 90.
- Ide H, Koike S, Kodama T, Yasunaga H, Imamura T: **The distribution and transitions of physicians in Japan: a 1974–2004 retrospective cohort study.** *Human resources for health*, 2009; 7: 73.
- Ishikawa T, Ohba H, Yokooka Y, Nakamura K, Ogasawara K: **Forecasting the absolute and relative shortage of physicians in Japan using a system dynamics model approach.** *Human resources for health*, 2013; 11: 41.
- La Rue KS, Alegre JC, Murei L, Bragar J, Thatte N, Kibunga P, Cheburet S: **Strengthening management and leadership practices to increase health-service delivery in Kenya: an evidence-based approach.** *Human resources for health*, 2012; 10: 25.

- Labonté R, Packer C, Klassen N: **Managing health professional migration from sub-Saharan Africa to Canada:** a stakeholder inquiry into policy options. *Human Resources for Health*, 2006; 4: 22.
- Labonté R, Sanders D, Mathole T, Crush J, Chikanda A, Dambisya Y, ... Bourgeault IL: **Health worker migration from South Africa:** causes, consequences and policy responses. *Human resources for health*, 2015; 13: 92.
- Lambrou P, Kontodimopoulos N, Niakas D: **Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital.** *Human resources for health*, 2010; 8: 26.
- Landry MD, Ricketts T C, Verrier MC: **The precarious supply of physical therapists across Canada:** exploring national trends in health human resources (1991 to 2005). *Human Resources for Health*, 2007; 5: 23.
- Lehmann U, Van Damme W, Barten F, Sanders D: **Task shifting: the answer to the human resources crisis in Africa?.** *Human resources for health*, 2009; 7: 49.
- Leon BK, Kolstad JR: Wrong schools or wrong students? The potential role of medical education in regional imbalances of the health workforce in the United Republic of Tanzania. *Human resources for health*, 2010; 8: 3.
- Leone C, Conceição C, Dussault G: **Trends of cross-border mobility of physicians and nurses between Portugal and Spain.** *Human resources for health*, 2013; 11: 36.
- Lodenstein E, Dao D: **Devolution and human resources in primary healthcare in rural Mali.** *Human resources for health*, 2011; 9: 15.
- Loh LC, Ugarte-Gil C, Darko K: **Private sector contributions and their effect on physician emigration in the developing world.** *Bulletin of the World Health Organization*, 2013; 91: 227-233.
- Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, Leduc R: **The importance of human resources management in health care:** a global context. *Human resources for health*, 2006 4: 20.
- Kaplan A D, Dominis S, Palen J G, Quain EE: **Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in low-and middle-income countries?.** *Human resources for health*, 2013; 11: 6.

- Kassak KM, Ghomrawi HM, Osseiran AMA, Kobeissi H: **The providers of health services in Lebanon: a survey of physicians.** *Human Resources for Health*, 2006; 4: 4.
- Keni BH: **Training competent and effective primary health care workers to fill a void in the outer islands health service delivery of the Marshall Islands of Micronesia.** *Human resources for health*, 2006; 4: 27.
- Kingue S, Roskam E, Bela AC, Adjidja A, Codjia L: **Strengthening human resources for health through multisectoral approaches and leadership: the case of Cameroon.** *Bulletin of the World Health Organization*, 2013; 91, 864-867.
- Kober K, Van Damme W: **Public sector nurses in Swaziland: can the downturn be reversed?.** *Human Resources for Health*, 2006; 4: 13.
- Kornis GE, Braga MH, Fagundes M, Paula PA: **A regulação em saúde no Brasil: um breve exame das décadas de 1999 a 2008.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2011; 21 (3): 1077-1102.
- Kouanda S, Yaméogo WME, Ridde V, Sombié I, Baya B, Bicaba A., ... Sondo B: **An exploratory analysis of the regionalization policy for the recruitment of health workers in Burkina Faso.** *Human resources for health*, 2014; 12: S6.
- Krajewski-Siuda K, Szromek A, Romaniuk P, Gericke CA, Szpak A, Kaczmarek K: **Emigration preferences and plans among medical students in Poland.** *Human resources for health*, 2012; 10: 8.
- Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdahl P: **Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture.** *Human resources for health*, 2006; 4: 3.
- Kruk M E, Prescott M R, de Pinho H, Galea S: **Are doctors and nurses associated with coverage of essential health services in developing countries? A cross-sectional study.** *Human Resources for Health*, 2009; 7: 27.
- Krupp K, Madhivanan P: **Leveraging human capital to reduce maternal mortality in India: enhanced public health system or public-private partnership?.** *Human Resources for Health*, 2009; 7: 18.

- Kumar R, Ahmed J, Shaikh BT, Hafeez R, Hafeez A: **Job satisfaction among public health professionals working in public sector: a cross sectional study from Pakistan.** *Human resources for health*, 2013; 11: 2.
- Lori JR, Rominski SD, Gyakobo M, Muriu EW, Kweku NE, Agyei-Baffour P: **Perceived barriers and motivating factors influencing student midwives' acceptance of rural postings in Ghana.** *Human resources for health*, 2012; 10: 17.
- Madigan EA, Curet OL, Zrinyi M: **Workforce analysis using data mining and linear regression to understand HIV/AIDS prevalence patterns.** *Human resources for health*, 2008; 6: 2.
- Matsumoto M, Inoue K, Noguchi S, Toyokawa S, Kajii E: **Community characteristics that attract physicians in Japan: a cross-sectional analysis of community demographic and economic factors.** *Human Resources for Health*, 2009; 7: 12.
- Marinucci F, Majigo M, Wattleworth M, Paterniti AD, Hossain MB, Redfield R: **Factors affecting job satisfaction and retention of medical laboratory professionals in seven countries of Sub-Saharan Africa.** *Human resources for health*, 2013; 11: 38.
- McCarthy CF, Riley PL: **The African health profession regulatory collaborative for nurses and midwives.** *Human resources for health*, 2012; 10: 26.
- McCaffery JÁ: **Superando el obstáculo de la implementación: poniendo en acción las herramientas para la promoción de recursos humanos en salud.** *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2011; 28 (2): 316-22.
- McCourt W, Awases M: **Addressing the human resources crisis: a case study of the Namibian health service.** *Human Resources for Health*, 2007; 5: 1.
- McCoy D, McPake B, Mwapasa V: **The double burden of human resource and HIV crises: a case study of Malawi.** *Human Resources for Health*, 2008; 6: 16.
- Méndez Valenzuela, CA: **Reflexión sobre la planificación de los recursos humanos y la autonomía de gestión en los hospitales de Chile.** *Revista española de salud pública*, 2009; 83(3): 371-378.

- Mbemba G, Gagnon MP, Paré G, Côté J: **Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review.** *Human resources for health*, 2013; 11: 44.
- Mbindyo PM, Blaauw D, Gilson L, English M: **Developing a tool to measure health worker motivation in district hospitals in Kenya.** *Human resources for health*, 2009; 7: 40.
- Mbaruku GM, Larson E, Kimweri A, Kruk ME: **What elements of the work environment are most responsible for health worker dissatisfaction in rural primary care clinics in Tanzania?.** *Human resources for health*, 2014; 12: 38.
- McQuide PA, Kolehmainen-Aitken RL, Forster N: **Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health policy.** *Human resources for health*, 2013; 11: 64.
- Meng Q, Yuan J, Jing L, Zhang J: **Mobility of primary health care workers in China.** *Human Resources for Health*, 2009; 7: 24.
- Miller JS, Musominali S, Baganizi M, Paccione GA: **A process evaluation of performance-based incentives for village health workers in Kisoro district, Uganda.** *Human resources for health*, 2014; 12: 19.
- Mitchell AD, Bossert TJ, Yip W, Mollahaliloglu S: **Health worker densities and immunization coverage in Turkey: a panel data analysis.** *Human resources for health*, 2008; 6: 29.
- Moran AM, Coyle J, Pope R, Boxall D, Nancarrow SA, Young J: **Supervision, support and mentoring interventions for health practitioners in rural and remote contexts: an integrative review and thematic synthesis of the literature to identify mechanisms for successful outcomes.** *Human resources for health*, 2014; 12: 10.
- Moosa S, Downing R, Essuman A, Pentz S, Reid S, Mash R: **African leaders' views on critical human resource issues for the implementation of family medicine in Africa.** *Human resources for health*, 2014; 12: 2.
- Mukanga ., Namusisi O, Gitta SN, Pariyo G, Tshimanga M, Weaver A, Trostle M: **Field epidemiology training programmes in Africa-Where are the graduates?.** *Human Resources for Health*, 2010; 8: 18.

- Murphy GT, Goma F, MacKenzie A, Bradish S, Price S, Nzala S, ... Carey A: **A scoping review of training and deployment policies for human resources for health for maternal, newborn, and child health in rural Africa.** *Human resources for health*, 2014; 12: 72.
- Murphy GT, MacKenzie A, Guy-Walker J, Walker C: **Needs-based human resources for health planning in Jamaica: using simulation modelling to inform policy options for pharmacists in the public sector.** *Human resources for health*, 2014; 12: 67.
- Mutale W, Ayles H, Bond V, Mwanamwenge MT, Balabanova D: **Measuring health workers' motivation in rural health facilities: baseline results from three study districts in Zambia.** *Human resources for health*, 2013; 11: 8.
- Murrells T, Robinson S, Griffiths P: **Is satisfaction a direct predictor of nursing turnover? Modelling the relationship between satisfaction, expressed intention and behaviour in a longitudinal cohort study.** *Human Resources for Health*, 2008; 6: 22.
- Munga M A, Mæstad O: **Measuring inequalities in the distribution of health workers: the case of Tanzania.** *Human resources for health*, 2009; 7: 4.
- Nancarrow SA, Roots A, Grace S, Moran A M, Vanniekerk-Lyons K: **Implementing large-scale workforce change: learning from 55 pilot sites of allied health workforce redesign in Queensland, Australia.** *Human resources for health*, 2013; 11: 66.
- Ney MS, Rodrigues PHDA: **Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2012; 22 (4): 1293-1311.
- Nigenda G G, Machado MH, Ruiz FF, Carrasco VV, Moliné P, Girardi SS: **Towards the construction of health workforce metrics for Latin America and the Caribbean.** *Human resources for health*, 2011; 9: 24.
- Nigenda G, Alcalde-Rabanal J, González-Robledo LM, Serván-Mori E, García-Saiso S, Lozano R: **Eficiencia de los recursos humanos en salud: una aproximación a su análisis en México.** *Salud pública de México*, 2016; 58 (5): 533-542.
- Nyamtema AS, Pemba S K, Mbaruku G, Rutasha FD, van Roosmalen J: **Tanzanian lessons in using non-physician clinicians to scale up comprehensive emergency**

- obstetric care in remote and rural areas.** *Human resources for health*, 2011; 9: 28.
- Nguyen L, Ropers S, Nderitu E, Zuyderduin A, Luboga S, Hagopian A: **Intent to migrate among nursing students in Uganda: measures of the brain drain in the next generation of health professionals.** *Human Resources for Health*, 2008; 6: 5.
- Nunes EDFPD, Santini SML, Carvalho BG, Cordoni Junior L: **Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná.** *Saúde em Debate*, 2015; 39 (104): 29-41.
- Ojakaa D, Olango S, Jarvis J: **Factors affecting motivation and retention of primary health care workers in three disparate regions in Kenya.** *Human resources for health*, 2014; 12: 33.
- Oman KM, Moulds R, Usher K: **Specialist training in Fiji: Why do graduates migrate, and why do they remain? A qualitative study.** *Human Resources for health*, 2009; 7: 9.
- O'Neil ML: Human resource leadership: the key to improved results in health. *Human resources for health*, 2008; 6: 10.
- O'Sullivan BG, Joyce CM, McGrail MR: **Rural outreach by specialist doctors in Australia: a national cross-sectional study of supply and distribution.** *Human resources for health*, 2014; 12: 50.
- Pakenham-Walsh N, Bukachi F: **Information needs of health care workers in developing countries: a literature review with a focus on Africa.** *Human resources for health*, 2009; 7: 30.
- Pillay R: **Managerial competencies of hospital managers in South Africa: a survey of managers in the public and private sectors.** *Human Resources for Health*, 2008; 6: 4.
- _____ **Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors.** *Human resources for Health*, 2009; 7: 15.
- Peters DH, Chakraborty S, Mahapatra P, Steinhardt L: Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two Indian states. *Human resources for health*, 2010; 8: 27.

- Pierantoni CR, Varella TC, Santos MRD, França T, Garcia AC: **Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS**. *Physis: revista de saúde Coletiva*, 2008; 18, 685-704.
- Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RLS, Poz MRD: **Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22 (7): 2237-2246.
- Purohit B, Bandyopadhyay T: **Beyond job security and money: driving factors of motivation for government doctors in India**. *Human Resources for Health*, 2014; 12: 12.
- Putthasri W, Suphanchaimat R, Topothai T, Wisaijohn T, Thammatacharee N, Tangcharoensathien V: **Thailand special recruitment track of medical students: a series of annual cross-sectional surveys on the new graduates between 2010 and 2012**. *Human resources for health*, 2013; 11: 47.
- Rao KD, Bhatnagar A, Berman P: **So many, yet few: human resources for health in India**. *Human resources for health*, 2012;10: 19.
- Ranson MK, Chopra M, Atkins S, Dal Poz MR, Bennett S: **Priorities for research into human resources for health in low-and middle-income countries**. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010; 88, 435-443.
- Reveiz L, Chapman E, Pinzón Flórez, CE, Torres R: **Prioridades de investigación en políticas y sistemas de salud centradas en los recursos humanos en salud**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2013; 34 (5): 295-303.
- Riley PL, Zuber A, Vindigni SM, Gupta N, Verani AR, Sunderland NL, ... Campbell J: **Information systems on human resources for health: a global review**. *Human resources for health*, 2012; 10: 7.
- Roberfroid D, Leonard C, Stordeur S: **Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball?**. *Human Resources for Health*, 2009; 7; 10.
- Rockers PC, Jaskiewicz W, Kruk ME, Phathamavong O, Vangkonevilay P, Paphassarang C: **Differences in preferences for rural job postings between nursing students and practicing nurses: evidence from a discrete choice experiment in Lao People's Democratic Republic**. *Human resources for health*, 2013; 11: 22.

- Russo G, Sousa B, Sidat M, Ferrinho P, Dussault G: **Why do some physicians in Portuguese-speaking African countries work exclusively for the private sector?** Findings from a mixed-methods study. *Human resources for health*, 2014; 12: 51.
- Sacks E, Alva S, Magalona S, Vesel L: **Examining domains of community health nurse satisfaction and motivation:** results from a mixed-methods baseline evaluation in rural Ghana. *Human resources for health*, 2015; 13: 81.
- Sasaki H, Otsubo T, Imanaka Y: **Widening disparity in the geographic distribution of pediatricians in Japan.** *Human resources for health*, 2013; 11: 59.
- Scalco SV, Lacerda JTD, Calvo MCM: **Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*, 2010; 26 (3): 603-614.
- Shankar PR, Thapa TP: **Student perception about working in rural Nepal after graduation:** a study among first-and second-year medical students. *Human Resources for Health*, 2012; 10: 27.
- Sapkota BP, Amatya A: **What factors influence the choice of urban or rural location for future practice of Nepalese medical students?** A cross-sectional descriptive study. *Human resources for health*, 2015; 13: 84.
- Schiffbauer J, O'Brien J B, Timmons BK, Kiarie WN: The role of leadership in HRH development in challenging public health settings. *Human Resources for Health*, 2008; 6: 23.
- Schofield D, Fletcher S, Fuller J, Birden H, Page S: **Where do students in the health professions want to work?.** *Human Resources for Health*, 2009; 7: 74.
- Silva AP, Liyanage IK, Silva ST G, Jayawardana MB, Liyanage CK, Karunathilake IM: **Migration of Sri Lankan medical specialists.** *Human resources for health*, 2013; 11: 21.
- Silva VO, Soares CM, Santos L, Souza EA, Pinto ICDM: **Trabalho e educação na saúde: análise da produção científica brasileira entre 2011 e 2014.** *Saúde em Debate*, 2017; 41 (3): 296-315.
- Spero JC, McQuide PA, Matte R: **Tracking and monitoring the health workforce: a new human resources information system (HRIS) in Uganda.** *Human resources for health*, 2011; 9: 6.

- Steinmetz S, Vries DH, Tijdens KG: **Should I stay or should I go?** The impact of working time and wages on retention in the health workforce. *Human resources for health*, 2014; 12: 23.
- Takata H, Nagata H, Nogawa H, Tanaka H: **The current shortage and future surplus of doctors: a projection of the future growth of the Japanese medical workforce.** *Human resources for health*, 2011; 9: 14.
- Thammatacharee N, Suphanchaimat R, Wisaijohn T, Limwattananon S, Putthasri W: **Attitudes toward working in rural areas of Thai medical, dental and pharmacy new graduates in 2012:** a cross-sectional survey. *Human resources for health*, 2013; 11: 53.
- Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Suphanchaimat R, Patcharanarumol W, Sawaengdee K, Putthasri W: **Health workforce contributions to health system development:** a platform for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 2013; 91: 874-880.
- Theodorakis PN, Mantzavinis GD, Rrumbullaku L, Lionis C, Trell E: **Measuring health inequalities in Albania:** a focus on the distribution of general practitioners. *Human Resources for Health*, 2006; 4: 5.
- Thu NT, Wilson, A, McDonald F: **Motivation or demotivation of health workers providing maternal health services in rural areas in Vietnam:** findings from a mixed-methods study. *Human resources for health*, 2015; 13: 91.
- Tjoa A, Kapihya M, Libetwa M, Lee J, Pattinson C, McCarthy E, Schroder K: **Doubling the number of health graduates in Zambia:** estimating feasibility and costs. *Human resources for health*, 2010; 8: 22.
- Tjoa A, Kapihya M, Libetwa M, Schroder K, Scott C, Lee J, McCarthy, E: **Meeting human resources for health staffing goals by 2018:** A quantitative analysis of policy options in Zambia. *Human resources for health*, 2010; 8: 15.
- Teklehaimanot HD, Teklehaimanot A: **Human resource development for a community-based health extension program:** a case study from Ethiopia. *Human resources for health*, 2013; 11: 39.

- Tambasco LDP, Silva HSD, Pinheiro KMK, Gutierrez BAO: **A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde.** *Saúde em Debate*, 2017; 41 (especial): 140-151.
- Tyrrell AK, Russo G, Dussault G, Ferrinho P: **Costing the scaling-up of human resources for health:** lessons from Mozambique and Guinea Bissau. *Human resources for health*, 2010; 8: 14.
- Troy PH, Wyness LA, McAuliffe E: **Nurses' experiences of recruitment and migration from developing countries:** a phenomenological approach. *Human Resources for Health*, 2007; 5: 15.
- Wang J, Su J, Zuo H, Jia M, Zeng Z: **What interventions do rural doctors think will increase recruitment in rural areas: a survey of 2778 health workers in Beijing.** *Human resources for health*, 2013; 11: 40.
- Witter S, Ha BTT, Shengalia B, Vujicic M: **Understanding the 'four directions of travel': qualitative research into the factors affecting recruitment and retention of doctors in rural Vietnam.** *Human resources for health*, 2011; 9: 20.
- Wuliji T, Carter S, Bates I: **Migration as a form of workforce attrition:** a nine-country study of pharmacists. *Human resources for health*, 2009; 7: 32.
- World Health Organization: **Health employment and economic growth:** an evidence base. *World Health Organization*, 2017.
- Van Greuningen M, Batenburg RS, Van der Velden LF: **The accuracy of general practitioner workforce projections.** *Human resources for health*, 2013; 11: 31.
- van Rensburg HC: **South Africa's protracted struggle for equal distribution and equitable access—still not there.** *Human resources for health*, 2014; 12: 26.
- Varpilah, ST, Safer, M, Frenkel E, Baba D, Massaquoi M, Barrow G: **Rebuilding human resources for health:** a case study from Liberia. *Human Resources for Health*, 2011; 9: 11.
- Vian T, Richards SC, McCoy K, Connelly, Feeley F: **Public-private partnerships to build human capacity in low income countries:** findings from the Pfizer program. *Human Resources for Health*, 2007; 5: 8.

- Vio F: **Management of expatriate medical assistance in Mozambique.** *Human Resources for Health*, 2006; 4: 26.
- von Eitzen-Strassel J, Vrijhoef HJ, Derckx EW, Bakker DH: **Personnel planning in general practices:** development and testing of a skill mix analysis method. *Human resources for health*, 2014; 12: 53.
- Xu H, Zhang W, Zhang X, Qu Z, Wang X, Sa Z., ... Tian D: **Longitudinal study of rural health workforce in five counties in China:** research design and baseline description. *Human resources for health*, 2013; 11: 17.
- Zijlstra EE, Broadhead RL: **The College of Medicine in the Republic of Malawi:** towards sustainable staff development. *Human Resources for Health*, 2007; 5: 10.
- Zhou K, Zhang X, Ding Y, Wang D, Lu Z, Yu M: **Inequality trends of health workforce in different stages of medical system reform (1985-2011) in China.** *Human resources for health*, 2015; 13: 94.
- Zurn P, Vujicic M, Lemièrè C, Juquois M, Stormont L, Campbell J., ...Braichet JM: **A technical framework for costing health workforce retention schemes in remote and rural areas.** *Human resources for health*, 2011; 9: 8.
- Zurn P, Codjia L, Sall FL, Braichet JM: **How to recruit and retain health workers in underserved areas:** the Senegalese experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010; 88: 386-389.

Anexos



**REGIÃO ACADÉMICA III
UNIVERSIDADE 11 DE NOVEMBRO
REITORIA
DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS DE RECURSOS HUMANOS**

DECLARAÇÃO

Fidel Manuel Paxe Caquenda, Director dos Serviços de Recursos Humanos da Universidade 11 de Novembro, em pleno exercício dos seus direitos funcionais, declara que o **Sr. Damas Macaia**, é docente do Instituto Superior Politécnico de Cabinda da Universidade 11 de Novembro, com a categoria de Assistente.

A presente declaração destina - se para efeitos de **Justificação de apoios para a formação de estudos em Doutoramento no Instituto de Higiene e Medicina tropical da Universidade Nova de Lisboa**.

Por ser verdade e me ter solicitado, mandei passar a presente declaração que vai por mim assinada e autenticada com carimbo a óleo em uso nesta **Instituição**.

DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS DE RECURSOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE 11 DE NOVEMBRO, EM CABINDA, AOS 22 DE SETEMBRO DE 2017.


O DIRECTOR
MSc. Fidel Manuel Paxe Caquenda



Conselho Científico

Ex.mo Senhor
Inv. Doutor Luís Miguel Velez Lapão
Orientador do aluno

206/CC/2014

Assunto: Doutoramento no Ramo de Saúde Internacional, especialidade em Políticas de Saúde e Desenvolvimento – Plano de tese e proposta de Comissão Tutorial – Damas Macaia Damito.

Informamos que o Conselho Científico do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, na reunião de 25 de junho de 2014, após votação e fundamentando a decisão no Despacho n.º 26568/2008, publicado no Diário da República n.º 204 de 21 de Outubro de 2008 e no Regulamento n.º 339/2010, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 69, de 9 de abril, aprovou por unanimidade dos presentes, o Plano de tese assim como a composição da Comissão Tutorial, do doutorando Damas Macaia Damito, que passará a ser:

- Doutor *Luís Miguel Velez Lapão*, Investigador Auxiliar do IHMT. Orientador;
- Doutor *Gilles Dussault*, Professor Catedrático Convidado do IHMT;
- Doutor *Mário Dal Poz*, Professor Associado do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

O aluno deverá agora, proceder ao registo da tese de doutoramento no Conselho Científico, em cumprimento do estipulado pelo Artigo 10.º do Regulamento n.º 474/2012 de 19 de Novembro – Regulamento Geral do 3.º Ciclo de Estudos Superiores Conducentes à Obtenção do Grau de Doutor pelo IHMT/UNL.

Para os devidos efeitos, junto se devolve à Divisão Académica a documentação que sobre o assunto, foi submetida a este Conselho Científico.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, IHMT, 25 de junho de 2014

A. PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Lenea Campino, MD, Prof.ª Catedrática

C/conhecimento:

- Prof.ª Doutora Luzia Augusta Pires Gonçalves, Coordenadora do 3.º Ciclo de Estudos em Saúde Internacional;
- Doutorando Damas Macaia Damito;
- Divisão Académica do IHMT.





Conselho de Ética
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

Presidente: Prof.^a Doutora Cláudia Conceição

Parecer nº 06-2015-TD
Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Título do Estudo: *"Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos de Saúde na Província de Cabinda/Angola: Mecanismos de Atracção e Fixação dos Profissionais de Saúde nas Áreas Rurais e Remotas"*

Nome do investigador principal: Damas Macaia

Orientador / co-investigador: Inv. Doutor Luís Miguel Velez Lapão (IHMT-UNL)

Entidade promotora: Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Objectivos do estudo: Analisar a situação actual dos Recursos Humanos de Saúde (RHS) da província de Cabinda e contribuir para o desenho de políticas que promovam uma melhor atracção e fixação dos Profissionais de Saúde (PS) nas áreas rurais e remotas.

Justificativa e desenho do estudo: O estudo proposto é relevante e importante dado que pretende responder a uma questão científica para a qual não há dados consistentes disponíveis e que tem um impacto potencial significativo na saúde da população da área do estudo.

A abordagem metodológica inclui três estudos: 1) análise a situação actual e as práticas na acção em RHS na Província de Cabinda; 2) estudo dos factores relacionados com a atracção e fixação, que influenciam as decisões dos Profissionais de Saúde para aceitarem, ou não, trabalhar nas áreas do interior; e 3) tradução dos resultados das duas componentes anteriores em lições para informar a tomada de decisões sobre as políticas relativas aos RHS, visando ao aumento de atracção e fixação de pessoal de saúde no interior.

Para responder às duas primeiras componentes os investigadores propõem a realização de questionários/inquéritos anonimizados aos funcionários de saúde e responsáveis de RHS da área em estudo.

Conflito de interesses: Não há conflitos de interesse evidentes.





Conselho de Ética
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

Presidente: Prof.^a Doutora Cláudia Conceição

Consentimento informado/ informação para o participante: O Consentimento informado está elaborado em linguagem adequada às características dos participantes.

Conclusão:

O presente protocolo de estudo é considerado eticamente válido e aprovado pelo CEIHMT.

Lisboa, 19 de Maio de 2015


Prof. Doutor Jorge Seixas


Prof.^a Doutora Luzia Gonçalves





REPÚBLICA DE ANGOLA
GOVERNO DA PROVÍNCIA DE CABINDA
SECRETARIA PROVINCIAL DA SAÚDE DE CABINDA

AO SENHOR DAMAS MACAIA

CABINDA

N/Ref: 35/2^a/15 S.P.S/2015

Assunto: AUTORIZAÇÃO

Os nossos melhores Cumprimentos.

Para conhecimento e devidos efeitos, de acordo o seu pedido formulado, está devidamente autorizado a recolher dados nas Unidades Sanitárias e EFTS para sua investigação, durante o percurso da sua formação por doutorando em saúde internacional, especialidade em políticas de Saúde e Desenvolvimento, na Universidade Nova de Lisboa/Portugal.

Sem outro assunto de momento, aproveitamos o ensejo para reiterar, os protestos da nossa alta estima e elevada consideração.

C/c: ADMINISTRAÇÕES MUNICIPAIS,

- REPARTIÇÕES MUNICIPAIS DA SAÚDE e EFTS.

SECRETARIA PROVINCIAL DA SAÚDE DE CABINDA, 14 DE JANEIRO DE 2015.-

O SECRETÁRIO PROVINCIAL,

Dr. PAULO ZENGUE ALEXANDRE



REPÚBLICA DE ANGOLA
GOVERNO DA PROVÍNCIA DE CABINDA
SECRETARIA PROVINCIAL DA SAÚDE

A

todas Hospitais

Cabinda

S/Comum.

S/Refer.

N. Ref.

638/2016/S.P.S/2016.

ASSUNTO: Solicitação para recolha de dados.

Os nossos melhores cumprimentos.

Recaído em nossa posse a carta subscrita pelo senhor Damas Macaia na qual solicita efectuar uma recolha de dado conforme a carta em anexo.

Relativamente ao assunto o Exmo Secretario **Dr. Paulo Zengui Alexandre** autoriza e orienta-nos informar a todas Secretarias Municipais, Hospitais e Escola de Formação de Técnicos de Saúde.

Ciente de atenção, subscrevemo-nos com a expressão de elevada estima e consideração.

Cc;



Senhor Damas Macaia

SECRETARIA PROVINCIAL DA SAÚDE DE CABINDA, EM CABINDA AOS 21 DE NOVEMBRO DE 2016. –

André Mafuana Conde

//CHEFE DA SECRETARIA-GERAL//

Bairro Deolinda Rodrigues, Rua S. Boaventura, Cabinda-Angola. Telefone (+244) 936747304-Caixa Postal nº 5 – Email: spscabinda@hotmail.com

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
3º CICLO DE DOUTORANDO EM SAÚDE INTERNACIONAL
ESPECIALIDADE EM POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Handwritten notes on the left margin:
J: Tice
21/07/2017
Coordenador
Sec. Ref. e
27/07/2017
finao 21/07/2017
C. Macaia

À Sua Excelência Sr. Secretário Provin-
cial da Saúde de Cabinda

CABINDA

Assunto: Pedido de autorização para realizar um Workshop no âmbito de uma
pesquisa científica

Cordiais Saudações

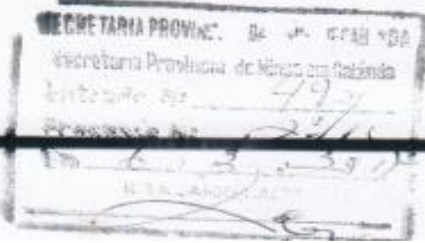
Eu **Damas Macaia**, Doutorando em Saúde Internacional, especialidade em Polí-
ticas de Saúde e Desenvolvimento, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Univer-
sidade Nova de Lisboa, na sequência do trabalho científico em curso para a minha Tese
de Doutoramento sob o tema "*Planeamento e gestão dos recursos humanos de saúde na
provincia de Cabinda/Angola: Mecanismos de atracção e retenção dos profissionais de
saúde nas áreas rurais e remotas*", venho por este meio solicitar à sua Ex.ª Sr. Secretário
Provincial da Saúde, a autorização para realizar um Workshop sobre os recursos humanos
da saúde com a participação de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêu-
tica, responsáveis de ordens profissionais, chefes de unidades sanitárias, Docentes uni-
versitários e outros, em número de 30 a 45 participantes.

Prevê-se a realização do evento no dia 17 do mês em curso as 9 horas, pelo que
solicitamos igualmente a autorização para o uso da sala de reuniões da Secretaria Provin-
cial da Saúde para o efeito.

Sem outro assunto de momento.

Cabinda, aos 04 de Março de 2017

Mui atentiosamente
Damas Macaia
Damas Macaia





Instituto de Higiene e Medicina Tropical
3º Ciclo de Doutorando em Saúde Internacional
Especialidade Políticas de Saúde e desenvolvimento



CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro(a) Senhor (a)

Eu, Damas Macaia, Doutorando em Saúde Internacional, Especialidade em Políticas de Saúde e Desenvolvimento, do Instituto de Higiene e Medicina tropical – Universidade Nova de Lisboa, estou a realizar uma investigação sob o tema “*Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos de Saúde na Província de Cabinda/Angola: Mecanismos de Atracção e Retenção dos Profissionais de Saúde em Áreas Rurais e Remotas*” com a orientação do Prof. Doutor Luís Velez Lapão. Esta investigação tem como objectivo analisar a situação actual dos Recursos Humanos de Saúde (RHS) da província de Cabinda e contribuir para o desenho de políticas que promovam uma melhor atracção e fixação dos Profissionais de Saúde (PS) nas áreas rurais e remotas, através de estudos dos recursos humanos e recomendações que podem ajudar no desenvolvimento de políticas de RHS da província. A abordagem metodológica da temática articula três estudos: O primeiro analisa a situação actual e as práticas na acção em RHS na Província de Cabinda; o segundo examina os factores relacionados com a atracção e retenção, que influenciam as decisões dos Profissionais de Saúde para aceitarem, ou não, trabalhar nas áreas do interior; e o terceiro estudo propõe-se a traduzir os resultados da pesquisa em lições para informar a tomada de decisão.

Para a realização destes estudos, peço a sua participação voluntária respondendo livremente, de acordo a sua maneira de agir e de pensar, as questões que lhe serão colocadas através do questionário e/ou entrevistas. Não existem respostas certas ou erradas. Qualquer resposta é considerada correcta, desde que a questão seja respondida com franqueza.

Será salvaguardado o seu anonimato e as informações que vai prestar serão confidenciais. Estas informações destinar-se-ão exclusivamente para efeitos desta pesquisa, e

não se prevê quaisquer danos pelo fornecimento das mesmas. Será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, bastando para isso entrar em contacto com o pesquisador e, caso queira suspender a sua participação do mesmo estudo poderá fazê-lo em qualquer altura, sem nenhum tipo de prejuízo ou represália pela sua decisão.

Para qualquer informação adicional o pesquisador está ao seu dispor nos seguintes endereços:

Morada: Avenida Duque de Chazi. Cabinda/Angola.

Telemóveis: Angola – (+244) 913146588

Portugal – (+351) 925070941

Correios electrónicos:

damas.macaia@ihmt.unl.pt

damasmacaia@hotmail.com

Muito obrigado.

O Pesquisador

Damas Macaia

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Declaro que aceito participar voluntariamente deste estudo. Após ter lido este termo de consentimento livre e esclarecido e me ter sido dada a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas, fiquei claro sobre os objectivos do estudo e que a minha participação é livre.

O Participante

Nome _____ Assinatura _____ Data ____/____/____



Instituto de Higiene e Medicina Tropical
3º Ciclo de Doutorando em Saúde Internacional
Especialidade em Políticas de Saúde e desenvolvimento



QUESTIONÁRIO ESTUDO I

Caro(a) Senhor (a)

Após ter lido o consentimento informado, onde lhe foi esclarecido(a) o objectivo desta pesquisa, a sua livre participação, a utilização exclusiva para este estudo da informação que nos vai fornecer, bem como a salvaguarda do seu anonimato, tendo sido dado o seu consentimento, solicitamos que responda à este questionário, preenchendo os espaços em branco e/ou marcando com um X as questões que se seguem:

Parte I – Caracterização do participante

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Profissão:

Médico ☐ Enfermeiro ☐ Técnico de diagnóstico e terapêutica ☐

Outros ☐ Especificar a profissão _____

4. Nível académico-profissional:

Básico ☐ Médio ☐ Bacharel (com diploma) ☐

Licenciatura ☐ Pós-graduação/especialidade ☐

5. Tempo de experiência profissional _____ anos

6. Localização geográfica da sua unidade sanitária:

Na cidade de Cabinda ou zonas periféricas ☐

Fora da cidade (comunas do município sede e outros municípios do interior) ☐

7. Natureza da sua unidade:

Pública ☐ Privada ☐ Militar/para militar ☐

Outra ☐ Especificar _____

Parte II – Questionário sobre as práticas de GRH

8. Na sua unidade existe plano de recursos humanos ou outro instrumento equivalente?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, passa à questão seguinte.

Se respondeu sim, diga por favor se este plano está ou não escrito e, resumidamente quais as principais metas, objectivos e a periodicidade de sua avaliação

9. O pessoal existente na sua unidade, de uma forma geral, corresponde às necessidades actuais?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, por favor pode explicar resumidamente o porquê:

10. A sua unidade tem orçamento próprio?

Sim ☐ Não ☐

11. Por favor, diga o principal financiador da sua unidade:

Orçamento Geral de Estado ☐ Depende da Secretaria Provincial da Saúde ☐
ONGs ☐ OMS ☐ Receitas próprias ☐
Outros _____

12. Para além do salário (incluindo subsídios), há outros incentivos (financeiro ou não-financeiro) para motivar o pessoal?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, passa à questão seguinte.

Se sim, por favor, diga que tipos de incentivos? _____

13. O que acha do nível de satisfação do pessoal da sua unidade?

Elevado ☐ Moderado ☐ Baixo ☐

Por favor, enumere alguns motivos deste nível de satisfação _____

14. O que acha do nível de comprometimento do pessoal pela unidade/Instituição?

Elevado ☐ Moderado ☐ Baixo ☐

Por favor, enumere alguns motivos deste nível de comprometimento _____

15. Para além dos regulamentos gerais das unidades sanitárias, existem regulamentos específicos a nível da sua unidade?

Sim ☐ Não ☐

16. Todos os profissionais de saúde estão inscritos nas suas respectivas Ordens ou Associações profissionais?

Sim ☐ Não ☐

17. Como ingressam novos trabalhadores na sua unidade?

Recrutamento pela própria unidade ☐

Colocação/transfêrencia pelo departamento dos Recursos Humanos da Saúde ☐

Outras formas ☐ especifique _____

De acordo o quadro de pessoal ou as necessidades da sua unidade, por favor responde:

Sobre os médicos:

18. Quantos considera que sejam necessários? _____

19. Quantos são pagos pela instituição? _____

20. Quantos estão no activo? _____

21. Quantos faltam para que a unidade dê uma boa resposta? _____

22. Quantas vagas tem projectado para a admissão? _____

23. Quantas horas de trabalho se executam por semana (contando com as actividades de bancos de urgências e consultas externas)? _____

Sobre os enfermeiros:

24. Quantos considera que sejam necessários? _____

25. Quantos são pagos pela instituição? _____

26. Quantos estão no activo? _____

27. Quantos faltam para que a unidade dê uma boa resposta? _____

28. Quantas vagas tem projectado para a admissão? _____

29. Quantas horas de trabalho se executam por semana (contando com os turnos)? _____

Sobre os técnicos de diagnóstico e terapêutica:

30. Quantos considera que sejam necessários? _____

31. Quantos são pagos pela instituição? _____

32. Quantos estão no activo? _____

33. Quantos faltam para que a unidade dê uma boa resposta? _____

34. Quantas vagas tem projectado para a admissão_____

35. Quantas horas de trabalho se executam por semana (contando com os turnos)?_____

Sobre o pessoal administrativo e auxiliar:

36. Quantos considera que sejam necessários? _____

37. Quantos são pagos pela instituição?_____

38. Quantos estão no activo?_____

39. Quantos faltam para que a unidade dê uma boa resposta?_____

40. Quantas vagas tem projectado para a admissão? _____

41. Quantas horas de trabalho se executam por semana (contando com os turnos)?_____

42. De uma forma geral, qual considera que seja o nível de absentismo do pessoal?

Elevado ☐ Moderado ☐ Baixo ☐

Enumere os motivos que causam o absentismo: _____

43. Tem pessoal que abandonou a unidade nos últimos 5 anos?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, passa à questão seguinte.

Se sim, quantos foram: _____Médicos; _____ Enfermeiros; _____Técnicos de diagnóstico e terapêutica. Enumere os motivos deste abandono _____

44. Na sua unidade existe pessoal à tempo parcial?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, passa à questão seguinte.

Se sim, quantos são: ____Médicos; ____Enfermeiros; ____Técnicos de diagnóstico e terapêutica.

45. Há profissionais que para além de trabalharem na sua unidade trabalham ou colaboram noutras instituições?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, passa à questão seguinte.

Se sim, quantos são: ____Médicos; ____Enfermeiros; ____Técnicos de diagnóstico e terapêutica.

45. Esses profissionais que trabalham noutras unidades apresentaram alguma autorização de suas entidades de dependência?

Sim ☐ Não ☐

46. Estão estabelecidos critérios ou indicadores para monitorizar o desempenho do pessoal?

Sim ☐ Não ☐

Se não, passa à questão seguinte.

Se sim, por favor enumere-os _____

47. Existem estratégias para a formação contínua de pessoal?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não, passa à questão seguinte.

Se sim, diga por favor, se esta estratégia encontra-se escrita nalgum documento e resumidamente os objectivos, metas e prioridades

48. Sabe da existência de indicadores definidos para a avaliação e monitorização dos recursos humanos?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não passa à questão seguinte.

Se sim, por favor enumere-os _____

49. Tem acesso a informações/dados disponíveis para a monitorização dos recursos humanos?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, estão actualizados ? _____

Muito obrigado



Instituto de Higiene e Medicina Tropical
3º Ciclo de Doutorando em Saúde Internacional
Especialidade em Políticas de Saúde e desenvolvimento



Guião de entrevista aos Planeadores e decisores em Recursos Humanos de Saúde

Caro(a) Senhor (a)

Após ter lido o consentimento informado, onde lhe foi esclarecido(a) o objectivo desta pesquisa, a sua livre participação, a utilização exclusiva para este estudo da informação que nos vai fornecer, bem como a salvaguarda do seu anonimato, tendo sido dado o seu consentimento, solicitamos que responda às questões que lhe vamos colocar através desta entrevista e pedimos a sua autorização para a gravação da mesma, de modo a permitir que a informação que vamos colher seja tratada de acordo aos critérios metodológicos definidos nesta pesquisa.

Parte I – Caracterização do participante

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: Feminino ____ Masculino ____
3. Profissão: _____
4. Nível académico-profissional: _____
5. Tempo de experiência profissional _____ anos
6. Localização geográfica da sua unidade sanitária: _____
7. Natureza da sua unidade: _____

Parte II – Entrevista sobre os Recursos Humanos de Saúde

8. O país, em geral, está a preparar-se para aprovar uma Política de recursos humanos de saúde (RHS). Diga-me, por favor, em linhas gerais, como considera a situação da província de Cabinda no que diz respeito à Estratégia de RHS.

- Existe uma estratégia de RHS?
 - Está escrita em algum documento?
 - Como se designa este documento?
 - Conhece quais são os objectivos, prioridades e metas em recursos humanos?
 - Conhece quais são os actores envolvidos e como foi construído o processo de formalização desta estratégia?
 - Esta informação está disponível de forma actualizada e publicada entre os gestores e profissionais de saúde (PS)?
9. Como as questões dos RHS são abordadas na formulação das políticas gerais do desenvolvimento da província, nomeadamente o combate à pobreza, a municipalização dos serviços de saúde, ampliação da rede sanitária e outras políticas do Governo provincial que incluem o sector da saúde?
10. No que diz respeito ao planeamento dos RHS. Diga-me, por favor, como considera que esteja a situação da província?
- Existe um plano de RHS?
 - Está escrito em algum documento?
 - Quais são os seus objectivos, prioridades e metas?
 - Quais são os actores envolvidos neste planeamento?
 - Que métodos são usados para o planeamento de pessoal?
 - É conhecido o número de prestadores necessários em cada categoria profissional?
 - Os quadros de pessoal das unidades estão definidos e aprovados?
 - O que falta para a aprovação desses quadros?
 - É planeada a combinação (mix) de prestadores de cuidados de saúde?
11. Quem são os principais parceiros e interessados em recursos RHS?
12. Como cada um deles está envolvido na formulação de estratégias e planos de RHS?
13. Como são financiados os serviços de saúde do sector público na província de Cabinda?
- Pode dizer-me qual é a percentagem das despesas do governo provincial que o sector da saúde gastou no ano passado?

- Desta cifra qual é parte dedicada ao pessoal?
14. Como caracteriza os problemas de duplo emprego dos PS?
15. Como encara a problemática da migração de PS para outros sectores ou outras províncias?
- Este problema preocupa o sector da saúde na província?
 - Pode estimar a distribuição de PS entre o sector público e o privado (incluindo ONGs)?
16. O que considera da motivação e envolvimento dos trabalhadores da saúde da província?
- A sua qualidade de vida é satisfatória para atraí-los e fixá-los nas zonas mais carenciadas do interior?
 - O que acha do comprometimento do pessoal com as suas organizações?
 - Pode enumerar alguns motivos que estão na base desse comprometimento (ou não comprometimento)?
 - O que lhe parece do modo como os PS são envolvidos nas comunidades e nas organizações onde trabalham?
17. Como considera a satisfação das necessidades e expectativas dos utentes pelos PS?
18. Que balanço faz sobre a cobertura em PS entre a zona urbana e a rural, assim como entre as diferentes unidades sanitárias?
- Existe equilíbrio na distribuição geográfica de PS?
 - O que lhe parece sobre a distribuição por género?
 - É grande o segmento da população com carências em PS?
19. Como é feito o recrutamento de pessoal para o interior?
- Quais são as estratégias que têm sido usadas para a atracção e fixação de profissionais de saúde nas áreas do interior?
 - Existem normas escritas que definem a obrigatoriedade de trabalhar no interior?
 - Fale-me, por favor dessas normas.
 - Quais são os incentivos não financeiros que o governo pode oferecer para atrair e fixar PS no interior?

- Dos subsídios legais definidos para o pessoal de saúde, quais são os que têm sido aplicados para atrair e fixar PS no interior?
 - Como é abordada a progressão de carreiras do pessoal?
20. Como as questões dos recursos humanos são abordadas nos programas prioritários da saúde (VIH/SIDA, Malária, TB e outros)?
- Existem equipas treinadas para esses programas?
21. Como é abordada a educação contínua do pessoal?
- O treinamento é planeado, em termos de pessoal e recursos materiais?
 - Existem programas para o treinamento do pessoal?
 - Como se decide quem deve participar desses programas?
 - As actividades de formação têm sido alvo de avaliação?
22. Como são abordadas as questões da pesquisa dos RHS?
- As unidades procuram identificar as suas necessidades de pesquisa?
 - Há alguma pesquisa feita em recursos humanos nalguma unidade?
 - Na concepção de estratégias há preocupação de se usar resultados de pesquisa?
23. Como são monitorizados e avaliados os RHS?
- Existem indicadores fundamentais para monitorar e avaliar os RHS?
 - Como o sector consegue informações/dados sobre os RHS nos diferentes níveis (unidades hospitalares, centros de saúde, municípios, sector privado, instituições de formação)?
 - O sector da saúde monitora e avalia todos os PS (da função pública, privados, ONGs, e independentes)?
24. Tendo em conta o quadro de pessoal actual, como consideraria as necessidades em PS para daqui há 5 anos?
25. O que lhe parece sobre a preparação profissional dos gestores dos RHS das unidades/instituições sanitárias para a execução das funções de GRHS?
26. Como se tem disciplinado o exercício dos profissionais de saúde na província?
27. Como considera o mercado de trabalho:
- Há PS no mercado a procura de emprego?

- O que lhe parece sobre a procura e a oferta de emprego: Há mais emprego para oferecer, mais procura ou há um equilíbrio?
- Que tipo de emprego lhe parece que os PS procuram: O público, Privado, ONGs ou outros? E o porque dessa procura?

28. Quando definem as necessidades em pessoal de saúde, têm considerado outros sectores ou apenas o sector público?

29. Como descreve o contributo dos PS estrangeiros (principalmente Cubanos, Coreanos, Russos, Vietnamitas e outros)?

30. Como são abordadas as questões de acesso à internet e a materiais de apoio ao trabalho dos PS?

Muito obrigado



Instituto de Higiene e Medicina Tropical
3º Ciclo de Doutorando em Saúde Internacional
Especialidade em Políticas de Saúde e desenvolvimento



Guião de entrevista aos Formadores de Recursos Humanos de Saúde

Caro(a) Senhor (a)

Após ter lido o consentimento informado, onde lhe foi esclarecido(a) o objectivo desta pesquisa, a sua livre participação, a utilização exclusiva para este estudo da informação que nos vai fornecer, bem como a salvaguarda do seu anonimato, tendo sido dado o seu consentimento, solicitamos que responda às questões que lhe vamos colocar através desta entrevista e pedimos a sua autorização para a gravação da mesma, de modo a permitir que a informação que vamos colher seja tratada de acordo aos critérios metodológicos definidos nesta pesquisa.

Parte I – Caracterização do participante

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: Feminino _____ Masculino _____
3. Profissão: _____
4. Nível académico-profissional: _____
5. Tempo de experiência profissional _____ anos
6. Localização geográfica da sua Instituição: _____
7. Natureza da sua instituição: _____

Parte II – Entrevista sobre a formação dos Recursos Humanos de Saúde

8. O país estendeu a formação superior com a criação de novas Universidades, dando a possibilidade a todas as províncias formarem seus quadros, incluindo os da saúde. Por favor, em linhas gerais, fale-me da política de formação de PS nesta área.

- Qual é a política de acesso aos cursos administrado nesta instituição?
- Quais são os critérios para a definição do *numerus clausus*?
- Esses critérios têm em conta as necessidades do sector da saúde?
- Existe parceria com o sector da saúde para a definição do número de profissionais a formar?
- Tem havido alguma atenção aos candidatos que vêm do interior?
- Envolve outras instituições fora da Província?

9. Falar-me, por favor, do currículo pedagógico e o perfil do profissional que se necessita no país em geral, e na província de Cabinda em particular.

- O currículo pedagógico está adequado ao perfil do profissional necessário?
- Existem unidades Curriculares direccionadas à comunidade?
- Como são feitas as práticas ou estágios nessas unidades?
- Há participação de outras instituições fora de Cabinda?

10. Fale-me do corpo docente desta instituição.

- O corpo docente em full-time é suficiente?
- Existem unidades curriculares sem cobertura de docentes?
- Quais são os critérios para a admissão de docentes para cursos administrados nesta instituição?
- Quais são os critérios para a avaliação do desempenho dos docentes?
- Como é abordada a formação contínua para os docentes?

11. Como é feita a acreditação da instituição?

- Existem critérios de acreditação?

12. Qual é a percentagem de diplomados formados com êxito no ano passado?

- O que acha dessa cifra, cobre as necessidades da província?

13. Como é financiada a instituição?

- Quem são os principais actores de financiamento?
- Tem orçamento próprio?
- Tem outros apoios para além do orçamento do estado?

14. Como são abordadas as questões de acesso à internet e a materiais de apoio ao trabalho dos Docentes?

Muito obrigado



Instituto de Higiene e Medicina Tropical
3º Ciclo de Doutorando em Saúde Internacional
Especialidade em Políticas de Saúde e desenvolvimento



Guião de entrevista aos Profissionais de Saúde

Caro(a) Senhor (a)

Após ter lido o consentimento informado, onde lhe foi esclarecido(a) o objectivo desta pesquisa, a sua livre participação, a utilização exclusiva para este estudo da informação que nos vai fornecer, bem como a salvaguarda do seu anonimato, tendo sido dado o seu consentimento, solicitamos que responda às questões que lhe vamos colocar através desta entrevista e pedimos a sua autorização para a gravação da mesma, de modo a permitir que a informação que vamos colher seja tratada de acordo aos critérios metodológicos definidos nesta pesquisa.

Parte I – Caracterização do participante

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: Feminino ____ Masculino ____
3. Profissão: _____
4. Nível académico-profissional: _____
5. Tempo de experiência profissional _____ anos
6. Localização geográfica da sua unidade sanitária: _____
7. Natureza da sua unidade sanitária: _____

Parte II – Entrevista sobre os Profissionais de Saúde

8. Como foi seleccionado para vir para esta unidade?
9. Considerou o processo de selecção correcto?
10. Há quanto tempo trabalha aqui?
 - Está definido um tempo para sua permanência nesta unidade?
11. Como caracteriza esta unidade sanitária?
 - O que gostaria que ela tivesse?
 - Como gostaria que funcionasse?
12. Se tivesse oportunidade sairia deste lugar?
 - Trocaria com alguém?
 - O que lhe levaria a fazer essa troca?
 - Se pudesse, abandonaria este emprego?
 - Gostaria de trabalhar numa outra unidade?
 - Que características tem a unidade onde gostaria de trabalhar nesta província?
 - Como compara esta unidade com aquela que gostaria?
 - O que perderia se tivesse que sair daqui?
 - O que lhe dificulta estar aqui?
 - O que lhe ajuda a permanecer neste lugar?
 - O que acha que está a perder pelo facto de estar aqui?
13. O que acha que pode ser feito para motivar a ida e permanência de Profissionais de Saúde no interior?
 - Enumere os benefícios (financeiros e não financeiros) que acha que deveria receber pelo facto de estar aqui.
 - Enumere o que está em falta para a sua estadia e seu trabalho neste lugar.
14. Como considera o acesso à internet e a materiais de apoio?

Muito obrigado



Instituto de Higiene e Medicina Tropical
3º Ciclo de Doutorando em Saúde Internacional
Especialidade em Políticas de Saúde e desenvolvimento



QUESTIONÁRIO ESTUDO II

Caro(a) Senhor (a)

Após ter lido o consentimento informado, onde lhe foi esclarecido(a) o objectivo desta pesquisa, a sua livre participação, a utilização exclusiva para este estudo da informação que nos vai fornecer, bem como a salvaguarda do seu anonimato, tendo sido dado o seu consentimento, solicitamos que responda à este questionário marcando um **X** (apenas um em cada questão sem deixar nenhuma) e preenchendo os espaços em branco, conforme a questão colocada.

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Estado civil: Solteiro (a) ☐ Vive com parceiro (a) ☐
 Casado (a) ☐ Divorciado (a)/viúvo (a) ☐

4. Profissão:

Médico ☐ Enfermeiro ☐ Técnico de diagnóstico e terapêutica ☐

Outras ☐ Especificar a profissão _____

5. Nível académico-profissional:

Básico ☐ Médio ☐ Bacharel (com diploma) ☐

Licenciatura (concluída) ☐ Pós-graduação/especialidade ☐

6. Tempo de serviço _____ anos

7. Localização geográfica da sua unidade sanitária actual:

Na cidade de Cabinda ou zonas periféricas ☐

Fora da cidade (comunas do município sede e outros municípios do interior) ☐

8. Se lhe dessem oportunidade para escolher a localidade onde trabalhar, qual das indicadas abaixo escolheria?

Comuna/Aldeia do interior ☐

Sede do município de interior ☐

Zona urbana (cidade e arredores) ☐

Quais as razões desta preferência? _____

9. Se trabalhar no interior ganhasse melhor salário que na cidade, gostaria de ficar nessa localidade?

Sim ☐

Não ☐

Talvez dependendo de outros motivos ☐

Se assinalou talvez dependendo de outros motivos, diga por favor, quais são esses motivos?

10. A possibilidade de colaborar numa unidade sanitária privada ou dar aulas numa escola para obter algum rendimento extra é motivo para não permanecer no interior?

Sim ☐

Não ☐

É mais um motivo que se adiciona a outros ☐

Quais são esses outros motivos? _____

11. Se recebesse uma proposta de trabalho para o interior que inclua uma casa própria no local, ficaria a trabalhar naquela localidade?

Sim ☐

Não ☐

Talvez ☐

Talvez porquê? _____

12. Se tivesse que incluir um meio de transporte numa proposta de trabalho para interior aceitaria ficar nessa localidade?

Sim ☐

Não ☐

Talvez aceitaria ☐

Se assinalou talvez, por favor diga o porquê? _____

Se recebesse uma proposta de trabalho para o interior que inclua a possibilidade de continuar a sua formação académico-profissional após a sua saída naquela localidade, aceitaria?

Sim ☐

Não ☐

Talvez aceitaria a proposta ☐

Se assinalou talvez, por favor diga o porquê? _____

13. Se a possibilidade de promoção na carreira fizesse parte dos incentivos para trabalhar no interior, escolheria trabalhar nesta localidade?

Sim escolheria ☐

Não escolheria ☐

Talvez escolheria ☐

Se assinalou talvez, por favor diga o porquê? _____

14. Se recebesse uma proposta de trabalho para uma unidade do interior que tivesse melhores condições (instalações, recursos humanos, medicamentos e equipamentos), ficaria nesta unidade?

Sim ☐

Não ☐

Talvez ficaria ☐

Se assinalou talvez, por favor diga o porquê? _____

15. O tempo indeterminado que os profissionais de saúde permanecem no interior lhe preocupa?

Sim ☐

Não ☐

Talvez ☐

Porque e qual a sua opinião? _____

16. Se no interior houvesse as condições que para si são as necessárias para viver com a sua família nessa localidade trabalharias lá?

Sim ☐ Não ☐ Talvez ☐

Porquê da sua resposta e quais são essas condições que acha necessária haver no interior?

17. O local onde se encontra a sua unidade é favorável para si?

Sim ☐ Não ☐ Talvez ☐

Porquê? _____

18. Gostaria de trocar a sua unidade por uma outra?

Sim ☐ Não ☐ Talvez ☐

Porque da sua resposta?_____

19. Se tiver uma proposta para trabalhar numa outra unidade que lhe oferecesse melhores condições (salário, condições de trabalho e outros benefícios) trocaria a sua unidade por essa outra?

Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer ☐

Se respondeu sim, mencione os benefícios que gostaria de receber nesta outra unidade; e se não, ou não sabe dizer, diga o porquê desta resposta:_____

20. Tem motivos, para além do salário e do dever profissional, que lhe leve a gostar da sua unidade?

Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer ☐

Se assinalou sim, quais são esses motivos, e se não ou não sabe dizer, diga o porquê dessa resposta?_____

21. As suas relações (incluindo amizades, relações profissionais e administrativas) com a chefia e os colegas lhe ajudam a manter-se nesta unidade?

Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer ☐

Porquê? _____

22. Sente-se satisfeito no lugar onde trabalha?

Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer ☐

Porquê? _____

23. A forma como vive neste local do seu trabalho (condições de vida, relações com a comunidade, etc.) seria motivo para trocar de unidade se tivesse oportunidade?

Sim ☐ Não ☐ Não sei dizer ☐

Porquê? _____

24. Se tivesse que sair da sua unidade por transferência para uma outra, perderia alguma coisa?

Sim ☐

Não ☐

Não sei dizer ☐

Se sim o que perderia, e se não ou não sabe dizer, diga o porque desta resposta:

Muito obrigado



ORDEM DOS ENFERMEIROS DE ANGOLA

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que **DAMAS MACAIA**, participou do IVº Encontro Nacional de Reflexão Sobre Assistência de Enfermagem em Angola realizada na cidade de Malanje de 04 a 06 de Dezembro de 2017, como prelector do tema Como Aumentar a Atracção e Retenção dos Recursos Humanos de Saúde em Áreas Rurais e Remotas na Província de Cabinda: Apresentação dos resultados de Police Dialogue.

Malanje, aos 06 de Dezembro de 2017


O BASTONÁRIO
Prof. MSc. Paulo Luvualo



REPÚBLICA DE ANGOLA
GOVERNO DA PROVÍNCIA DE CABINDA
SECRETARIA PROVINCIAL DA SAÚDE DE CABINDA

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que o MSc. **Damas Macaia**, foi Prelector no Workshop, com o tema Planeamento e Gestão dos Recursos Humano de Saúde, realizado nesta secretária em Cabinda, na Sala de reuniões aos 14 de Março de 2017, com um total de 03 horas.

Feito em Cabinda aos 14 de Março 2017

O SECRETÁRIO PROVINCIAL

DR. PAULO ZENGUI ALEXANDRE




Autorizado Através do Decreto-lei nº 168/12 de 24 de Julho de 2012
Diário da República de Angola 1ª Série nº 141 de 24 de Julho de 2012
Região Académica III

CERTIFICADO DE PRELECCÃO

Certifica-se que o Senhor **Damas Macaia**

foi prefector do tema “*Como aumentar a atracção e retenção dos Recursos Humanos da Saúde em áreas rurais e remotas na província de Cabinda: Apresentação dos resultados de Policy Dialogue.*”, nas segundas Jornadas Científicas do ISPCAB realizadas a 3 de Novembro de 2017, sob o lema “ISPCAB: contributo para o desenvolvimento sustentável”.

E, para que conste do seu currículo e demais efeitos legais, foi-lhe conferido o presente Certificado, assinado pelo Director Geral do ISPCAB e pelo Director Geral Adjunto do pelouro p/ Área Científica e Pós-graduação, autenticado com o carimbo em uso nesta instituição do Ensino Superior.

Instituto Superior Politécnico de Cabinda, em Cabinda, aos 3 de Novembro de 2017

O Director Geral Adjunto ACPG

MSc. Agostinho Bumba

O Director Geral
Eng.º José Manuel Braz de Cabedo Simas



Autorizado através do Decreto-lei nº 168/12 de 24 de Julho de 2012

Autorizado através do Decreto-lei nº 168/12 de 24 de Julho de 2012

REGIÃO ACADÉMICA III

CERTIFICADO

Certifica-se que DAMAS MACAIA, participou nas 1^{as} Jornadas Científicas do ISPCAB, sob o lema: *O Contributo do ISPCAB no*

Desenvolvimento Sócio Económico e Político de Angola, que decorreram no dia 31 de Outubro de 2015, na Sala de Conferências do Simulambuco em Cabinda, na qualidade de Orientador, com a comunicação subordinada ao tema: Desequilíbrios Geográficos na distribuição da força de trabalho da Saúde na Província de Cabinda.

Cabinda, 31 de Outubro de 2015


O Director Geral do ISPCAB
Eng. José Manuel



REGIÃO ACADÉMICA III
UNIVERSIDADE 11 DE NOVEMBRO


Jornadas Novembro Académico 9ª Edição 2017

**LEMA: Universidade 11 de Novembro: Um contributo ao Desenvolvimento
Sócio-Económico e cultural das Províncias de Cabinda e Zaire**

Certifica-se que, o Mestre. Damas Macaia, participou como prelector com o Tema: "Como aumentar a atracção e retenção dos recursos humanos da saúde em áreas rurais e remotas na província de Cabinda: Apresentação dos resultados de Policy Dialogue", na 9ª Edição das Jornadas Novembro Académico, que ocorreu em Cabinda de 15 a 18 de Novembro de 2017.

A Coordenadora

Prof. Doutora. Helena Berta Buca Vando Marciano

O Magnífico Rector

Prof. Doutor João Fernando Manuel

